Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2½—3 Bogen. Preis vierteljährlich 6 M., praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. — Für Inserate und Beilagen an Rudolph Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 8. 25. Februar 1896. Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 70. 43. Jahrgang.

Originalien.

Ueber den diagnostischen und therapeutischen Werth der Lumbalpunction[1]).

Von Prof. *H. Lenhartz*,
Director des Allgemeinen Krankenhauses zu Hamburg-St. Georg.

M. H.! Wenn man sich nach den bisherigen Veröffentlichungen und den gelegentlich in ärztlichen Gesellschaften gefallenen Aeusserungen ein Urtheil über die Lumbalpunction zu bilden versucht, wird es ziemlich ungünstig ausfallen. Man erhält den Eindruck, dass die Zahl ihrer Anhänger nur klein und offenbar getheilter Ansicht ist. Ausser Quincke (1—4) rühmt nur von Ziemssen (5) neben dem diagnostischen Nutzen auch den Heilwerth des Verfahrens. Heubner und A. Fränkel (9) sahen in je einem Falle einen gewissen Nutzen. Alle Anderen bestreiten die Heilwirkung und lassen das Verfahren nur für die Diagnose gelten. Ich selbst neigte früher ebenfalls dieser Gruppe zu und habe noch auf der letzten Naturforscher-Versammlung als eine Schattenseite der Punction die Thatsache hervorgehoben, dass ich bei zwei autoptisch gesicherten Fällen von Meningitis keine Flüssigkeit gewonnen hätte. Beide Male ergab die Section fast ausschliesslich sulzig-plastisches Exsudat. Erst kürzlich hat Fürbringer (6) einen ähnlichen Fall beschrieben.

Gleichwohl erschien mir das Verfahren einer umsichtigen Prüfung durchaus werth. Ich hielt diese um so mehr für erlaubt, weil ich bei den früheren zur Autopsie gekommenen Fällen trotz sorgfältiger Besichtigung nie die geringsten Reizerscheinungen an der Punctionsstelle beobachtet und mich in Uebereinstimmung mit Quincke auch davon überzeugt hatte, dass das Verfahren ohne jede örtliche und allgemeine Betäubung auszuführen war.

Ich habe seither bei 85 Kranken über 150 positive Punctionen gemacht und bin daher in der Lage — wenn ich nach den bisherigen Mittheilungen urtheilen darf —, nächst Fürbringer wohl mit über die grösste Erfahrung zu verfügen. Meine Ergebnisse weichen in wesentlichen Punkten von seiner Darstellung ab, und ich hoffe auch Sie durch meine heutige Mittheilung davon überzeugen zu können, dass das Verfahren durchaus ungefährlich ist und uns zu ungeahnten und bemerkenswerthen Beobachtungen auf diagnostischem und therapeutischem Gebiete geführt hat und hoffentlich auch weiter führen wird.

Ehe ich zur Darstellung meiner Beobachtungen übergehe, will ich zuvor mit wenigen Worten die Methode, wie sie jetzt auf meiner Abtheilung geübt wird, kurz schildern. Der Einstich wird mit 4—8 cm langen, feinen Hohlnadeln ausgeführt, die in einer Nickelhülse gut befestigt und durch Auskochen sterilisirbar sind. Ich lasse Ihnen hier ein paar Muster für Kinder und Erwachsene herumgeben.

Während der Kranke möglichst horizontal und mit herausgedrücktem Kreuz in linker (oder rechter) Seitenlage liegt, sticht man genau in der Mittellinie, bei Kindern geradeaus, bei Erwachsenen mit mehr oder weniger starker Neigung nach aufwärts (kopfwärts) im 3. oder 4. Lendenwirbelzwischenraum die Nadel ein, deren Lumen so lange mit einem Draht verschlossen bleibt, bis man die Dura durchstochen hat. Ist dies geschehen, so zieht man den Draht heraus, dem meist sofort die Flüssigkeit folgt.

So einfach wie der Verlauf hier geschildert ist, spielt er sich bei den ersten Punctionen, die man bei Erwachsenen macht, für gewöhnlich nicht ab. Während man bei Kindern nie die geringsten Schwierigkeiten beim Einführen der Nadel findet, stösst man bei Erwachsenen leicht gegen den Knochen an und muss bald in schräger Richtung unter einem Winkel von etwa 40°, bald mehr geradeaus den Weg suchen. Man vermeidet aber bei Erwachsenen die Schwierigkeiten viel leichter, wenn man abweichend von Quincke nicht 1 cm neben, sondern genau in der Mittellinie zwischen den Dornfortsätzen einsticht. Nur muss man stets darauf achten, dass man genau in der bei dem Liegenden horizontal stehenden Sagittal-Ebene bleibt. An zwei in der Medianebene gemachten Durchschnitten, die von der Leiche eines Erwachsenen und eines Kindes stammen, können Sie sich die in Frage kommenden Verhältnisse sehr gut zur Anschauung bringen.

Als wichtig hebe ich hervor, dass ich bei keinem Fall die Narkose oder örtliche Betäubung angewandt habe; der Eingriff ist offenbar selbst bei zarten Mädchen und Kindern nicht mit wirklichem Schmerz verbunden.

Ab und zu kommt es vor, dass zunächst keine Flüssigkeit vortritt, dass sie aber erscheint, wenn die Nadel etwas gedreht oder vor- oder rückwärts bewegt wird. Auch später, wenn der Abfluss stockt, sind diese leichten Drehungen von Nutzen, damit das Lumen frei im Liquor spielt und vielleicht von Filamanten des Conus befreit wird, die mit der Strömung angezogen worden sind.

Ab und zu tropft zu Anfang wohl etwas Blut mit ab; diese offenbar erst durch den Einstich bewirkte Blutbeimengung ist in der Regel bedeutungslos, weil es sich meist nur um wenige Tropfen handelt. Anders, wenn ein haemorrhagischer Erguss in der Höhle besteht; dann bleibt die Flüssigkeit von Anfang bis zu Ende innig blutig gemischt.

Dringt gar keine Flüssigkeit vor, so kann man eine vorsichtige Ansaugung versuchen; oft bleibt sie ohne Erfolg und dann thut man gut, die Punction an einer anderen Stelle zu wiederholen oder ganz davon abzustehen.

Bei sehr erhöhtem Druck spritzt der Liquor meist im Strahle heraus; seit ich regelmässige Druckmessungen vornehme, sehe ich dies nur selten.

Den Druck bestimme ich nach Quincke's Vorschlag, indem ich die Flüssigkeit unmittelbar in ein dünnes Glasrohr steigen lasse, wie Sie es hier vor sich sehen, und dann die Höhe der Flüssigkeitssäule mit dem Bandmaass messe. In der Regel bestimme ich den Druck nach Ausfluss von je 5 ccm, schalte Pausen ein, wenn der Druck sehr stark und der Abfluss sehr rasch ist und beende die Punction, wenn der Druck sich auf 120—100—60 mm Wasser eingestellt hat, einer Höhe, die auch nach meinen Er-

[1]) Nach zwei im Aerztlichen Verein zu Hamburg gehaltenen Vorträgen.

fahrungen der Norm entspricht. Auf diese Weise erhält man erst einen klaren Einblick über den Druck und seine Schwankungen, wie sie durch den Herzschlag und die Athmung bewirkt werden und gewinnt eine Vorstellung von dem starken Einfluss, den Husten, Pressen u. dergl. auf die Druckverhältnisse ausüben.

Die abgelassene Flüssigkeit ist fast stets wasserklar. Man erblickt keinen Unterschied in der Farbe und wässerigen Beschaffenheit, mag es sich um chronische Transsudate bei Tumor, Apoplexie u. s. f., oder um acute tuberculöse Meningitis handeln. Nur wenige Male fand ich auch bei dieser das Exsudat getrübt. Innig roth gemischt sah ich es bei haemorrh. Pachymeningitis und traumatischer Quetschung des Rückenmarkes, dick und eitrig, eitrig serös und eitrig blutig, aber auch wasserhell bei epidemischer Genickstarre.

Ueber den mikroskopischen Befund der Flüssigkeit werde ich später sprechen; hier will ich nur noch anfügen, dass der Eiweissgehalt von Spuren bis zu 9 ‰ steigen kann, und dass die höheren Werthe fast nur bei Entzündungen gefunden werden. Das specifische Gewicht schwankt meist in engen Grenzen zwischen 1005—1008, bewegt sich aber auch zwischen 1002—1011, und erlaubt uns, wie ich schon hier betonen möchte, keine zuverlässigen diagnostischen Schlüsse.

Die Menge, die normaler Weise nur ganz wenige ccm beträgt, wurde bei unseren Punctionen im Mittel zu etwa 20 ccm, selten nur zu 2—3, in manchen Fällen bis zu 80—100 ccm gefunden.

Nur in verschwindend seltenen Fällen ergibt die Punction keinen Abfluss, weil thatsächlich nur plastisches Exsudat oder nur sehr spärliche Flüssigkeit im Subarachnoidealraum enthalten, oder weil die Verbindung zwischen Hirn- und Rückgratshöhle verlegt ist. Ich habe oben schon dieses Umstandes gedacht. Trotzdem glaube ich, dass oft nur der Zufall sein tückisches Spiel treibt, und dass man selbst bei krankhaft vermehrter Menge und freien Wegen zwischen Hirn und Rückgrat eine Punctio sicca erleben kann. Vordringen der Nadel in die vordere Höhlenwand, Anlagerung der Oeffnung an die Seitenwand, Verstopfung durch feine Blutgerinnsel oder zarte Gewebspfröpfe, die unterwegs trotz des Mandrins ausgestochen sind, können den Abfluss verlegen. Jedenfalls begegnet es uns jetzt, wo wir nach der grossen Untersuchungsreihe gelernt haben, solche Zufälligkeiten zu vermeiden, nur äusserst selten, dass wir gar keine Flüssigkeit erhalten.

M. H. Ich halte das Verfahren für absolut gefahrlos, wenn man sich sorgfältig gearbeiteter und gepflegter Nadeln bedient. Bei einer ganzen Reihe von Fällen, die zur Autopsie gekommen sind, haben wir uns jedesmal überzeugt, dass man nur mit grösster Mühe die Spuren des Einstiches in der Dura findet und selbst bei wiederholten Punctionen nie Reizerscheinungen wahrnimmt.

Vor einem bösen Zufall muss man sich aber hüten; er betrifft das Abbrechen der Nadel, was mir bei etwa 160 Punctionen 2 mal begegnet ist. Es waren wenig gut gearbeitete Nadeln, die durch unzweckmässige Behandlung in 5 proc. Carbollösung innen arrodirt waren. Sie brachen quer durch, ohne in den Knochen gedrungen zu sein; ein Nachtheil wurde glücklicherweise nicht bewirkt.

Abgesehen von dieser unbequemen Beigabe, die meines Erachtens durch Aufmerksamkeit, sorgfältige Pflege und Prüfung der Nadeln vor der Punction vermieden werden kann, haben wir bei unseren Punctionen nie üble Zufälle erlebt.

Nach diesen Vorbemerkungen gehe ich nun zur Darstellung meiner Untersuchungen über. Es handelte sich dabei um die Entscheidung der Fragen:

1. Ob und in welchem Grade die verschiedenen Hirn- und Rückenmarksstörungen, und andersartige, aber mit Hirnreizerscheinungen einhergehende Krankheiten zu einer Vermehrung der Menge und Spannung des Liquor cerebrospinalis führen,

2. ob wir aus der Art und Menge der Punctionsflüssigkeit und der gefundenen Druckhöhe differentialdiagnostische Zeichen gewinnen, und

3. ob und unter welchen Umständen wir auf Heilwirkungen der Punction rechnen können.

Diese Fragestellung erschien mir geboten, weil uns die Farbe des Liquors nur sehr selten sofortige Schlüsse erlaubt und die Bestimmung des Eiweissgehaltes und die mikroskopische Untersuchung ebenfalls nur vorsichtige Folgerungen zulassen. Auf der anderen Seite sind die bisher nur sehr spärlichen Heilerfolge begründeten Zweifeln begegnet.

Meine Untersuchungen setzten:

I. Bei der tuberculösen Meningitis ein. Ich habe 14 solche Fälle mit Punctionen behandelt und bei 12 Fällen regelmässig Exsudat gewonnen. Bei den ersten 5 Fällen begnügte ich mich mit der diagnostischen Prüfung, später versuchte ich durch häufigere, fast tägliche Punctionen auf den Verlauf der Krankheit einzuwirken, ohne dass mir bisher ein Erfolg beschieden gewesen ist.

Erstaunlich sind die gewonnenen Mengen und ebenso die Druckhöhen, die man oft abliest. Nur bei 5 Punctionen erhielten wir 3—5 ccm, im Mittel 25—30—35 bei der Einzelpunction, je 1 mal sogar 70 und 100 ccm. Die Anfangsdruckhöhe lag nur 1 mal bei 165 mm, meist zwischen 250—320, wiederholt lasen wir 400—540 also fast 40 mm Hg ab.

Das specifische Gewicht schwankte zwischen 1003—1011, im Mittel zwischen 1005—1008. Den Eiweissgehalt fanden wir nie unter 1 ‰, oft zwischen 2—3 ‰, 1 mal sogar bis 9 ‰ gesteigert. Beachtenswerth ist die Thatsache, dass kein Parallelismus zwischen Eiweissgehalt und specifischem Gewicht besteht. Wir beobachteten 4 ‰ bei 1003, 3 ‰ bei 1005 und 1 ‰ bei 1007 Gewicht.

Wenig erfreulich war für uns die Erfahrung, dass wir nur bei einem einzigen Falle Tuberkel-Bacillen im Exsudat nachweisen konnten. Selbst in den Fällen, wo die starke Vermehrung der polynucleären Leucocyten eine heftige Entzündung anzeigte, liess uns die bacteriologische Untersuchung im Stich, und ich hebe Angesichts dieser Thatsache ausdrücklich hervor, dass ausser mir noch eine Reihe von Herren, die in der mikroskopischen Untersuchung zuverlässig sind, gleichfalls vergeblich nach den Bacillen gesucht haben. In dem einzigen positiven Falle wurden sie sofort in mehreren Präparaten gefunden.

Diese Thatsache, die auch mit Ausnahme von Lichtheim (7) und Fürbringer (8), alle anderen Autoren (9) hervorgehoben haben, setzt den diagnostischen Werth der Lumbalpunction für solche Fälle sehr herab. Denn nur der positive Bacillenbefund ist unbedingt entscheidend; Vermehrung und höhere Spannung des Liquors können auch, wie wir sehen werden, bei vielen anderen Krankheiten auftreten. Diese Erkenntniss bewog mich zu systematischen Untersuchungen bei andersartigen Krankheitsfällen.

Bevor ich zu diesen übergehe, will ich noch die Frage beantworten, ob günstige Wirkungen der Punction beobachtet worden sind. Meines Erachtens waren sie mehrere Male so unverkennbar, dass sich uns ohne Weiteres der Gedanke aufdrängte, man könne doch einmal auf diesem Wege den einen oder anderen der sonst stets verlorenen Fälle retten. Ohne Zweifel erliegen diese Kranken in der Regel dem zunehmenden acuten Hydrocephalus und seinen Folgen. Räumt man diese Gefahr aus dem Wege, so wird man ja stets noch mit den schweren Infectionserscheinungen der mehr oder weniger ausgebreiteten und heftigen acuten Miliar-Tuberculose zu rechnen haben, — und dass dieser die Mehrzahl der Fälle stets erliegen wird, ist für mich nicht zweifelhaft — aber ich halte es nicht für ausgeschlossen, dass manche Kranke dem tödtlichen Ende entgehen könnten, wenn sie nur mit der Miliartuberculose, nicht gleichzeitig mit dem schweren entzündlichen Hirndruck zu kämpfen haben würden.

Lassen Sie mich aus der Reihe meiner Fälle 3 lehrreiche kurz mittheilen:

Der eine betrifft ein 20jähriges, gut genährtes und blühendes Mädchen K., das am 11. November v. J. aufgenommen wurde und zunächst bei noch klarem Sensorium nur über heftige Kopf- und Nackenschmerzen klagte. Da diese sich von Tage zu Tage steigerten, Erbrechen und Nackensteifigkeit hinzutraten und die Kranke angab, früher lange an linksseitigem Ohrenfluss gelitten zu haben — wofür allerdings kein örtliches Zeichen sprach — machte ich am 15. November die erste Punction mit der geradezu überraschenden Wirkung, dass der Kopfschmerz schon während des Abfliessens von 35 ccm ganz verschwand und ungestörtes Wohlbefinden ohne Erbrechen und Nackenstarre 2½ Tage anhielt. Als am 18. November Schwindel, Sprachstörungen, Ataxie der Extremitäten, Zuckungen mit dem Kopf und starke Nackenstarre mit heftigem Kopfschmerz einsetzten, verschaffte die zweite Punction ebenfalls sofortige Erleichterung, die jetzt 3½ Tage anhielt. Das Mädchen blieb völlig klar, frei von Kopfweh, klagte nur ab und zu über Nacken-, Rücken- und Gürtelschmerz und

nahm Nahrung mit regem Appetit zu sich. Nur die Atonie war nicht ganz gewichen, die Sprache fast ungestört.

Dann begann am 22. November von neuem rasche Verschlechterung: Benommenheit, schlaffe Lähmung des linken Armes, linksseitige homonyme Hemianopsie, Reactionslosigkeit beider Pupillen und Schlucklähmung traten auf. Diese Erscheinungen bleiben durch die dritte Punction unbeeinflusst. Unter vermehrtem Sopor erfolgte am 24. November Abends ruhig der Tod.

Die Section ergab ausser sehr reichlicher miliarer Cerebrospinal-Meningitis mehrere linsen- bis klein kirschengrosse Solitärtuberkel an verschiedenen Stellen der Hirnrinde und ziemlich beträchtlichen Hydrocephalus.

2. Ein 1½jähriges Kind H., das ich mit Herrn Collegen Kramer behandelte und vom 10.—16. Februar 3mal punctirte, bot ebenfalls nach der 1. Punction von 30 ccm eine so auffällige Besserung dar, dass die Eltern dringend die Wiederholung wünschten, als nach 2½tägigem Wohlbefinden die Verschlechterung begann. Der üble Ausgang wurde aber durch zwei weitere Punctionen nicht abgehalten.

3. In einem andern Fall, der einen 50jährigen, seit Monaten auf meiner Abtheilung liegenden kranken Mann betraf, habe ich vom 22.—28. Januar 1896 5 Punctionen gemacht und nie unter 25, meist 40 ccm entleert.

Ich gebe hier die Aufstellung:

Es wurden am	23. I.	30 ccm	bei	380—60 mm[1])	Druck,
	24. I.	40 „	„	540—50 „	„
	26. I.	25 „	„	420—190 „	„
	27. I.	25 „	„	320—75 „	„
	28. I.	25 „	„	520—80 „	„
und	„	40 „		—	durch Drainage gewonnen.

Wollen wir nachdrücklich helfen, so müssen wir für anhaltenden Abfluss sorgen. Schon Quincke hat desshalb die Eröffnung des Duralsacks mit einem feinen Messer ausgeführt in der Hoffnung, dass die Flüssigkeit bei Ueberdruck in das Gewebe austreten möchte. Sein Plan ist gescheitert. Ich versuchte bei dem letzten Falle die dauernde Drainage in Seitenlage, nachdem ich schon 25 ccm abgelassen hatte, und der Druck von 520 auf 80 mm gesunken war. Es flossen in den nächsten 2½ Stunden noch 40 ccm ab; dann beseitigte der Stationsarzt die Hohlnadel, weil nach ihrer Verstopfung nichts mehr abfloss. Der Kranke starb 15 Stunden später. In den erweiterten Seitenventrikeln fanden wir noch je 15—20 ccm. Ausserdem bestand reichliche Aussaat miliarer Knötchen, aber nirgends sulziges Exsudat. Die Rückgrathöhle enthielt wenig Flüssigkeit. Diese Fälle ermuntern mich bei der sonst völlig hoffnungslosen Krankheit mit der regelmässigen Punction oder Drainage fortzufahren, es wird aber nöthig sein, möglichst früh damit zu beginnen, um der Erweiterung der Ventrikel vorzubeugen.[2])

II. Es folgen jetzt zunächst die Beobachtungen bei chronischen Erkrankungen und zwar:

1. bei Hirntumoren.

Schon von vornherein hat man sich bei diesen Störungen wenig begründeten Hoffnungen hingegeben. Man glaubte, gestützt auf wenige Fälle, wo die Trepanation die vorher unerträglichen Beschwerden gelindert hatte, dass auch die Lumbalpunctionen nützen könnten. Ich selbst habe bei 4 sicheren — autoptisch bestätigten — Fällen dieser Art 8 mal punctirt und meist grössere Mengen: 20, 30, 60—75 ccm entleert. Nur ein Kranker, der von wahnsinnigen Kopfschmerzen geplagt wurde, verspürte 2 mal eine entschiedene und 2 Tage anhaltende Linderung. Meist blieb der Eingriff ohne jede Wirkung; 2 mal klagten die Kranken über vermehrten Kopfschmerz und in einem Fall trat etwa 7 Stunden später der Exitus letalis ein. Die Section ergab einen mächtigen, den grössten Theil der linken Grosshirnhemisphäre einnehmenden Tumor. Natürlich drängte sich die Frage auf, ob der wenige Stunden nach der Punction erfolgte Tod durch die Punction beschleunigt oder verschuldet sei. Ohne die Möglichkeit bestreiten zu wollen, bekenne ich offen, dass ich selbst dann kein Unglück darin erblicken würde, und daher auch mit Fürbringer's (10) Abwehr der Punction nicht übereinstimme. Meines Erachtens ist solch' trostlosen Fällen gegenüber jedes Mittel am Platz, das nur eine Spur von Linderung verspricht. Da diese aber durch die Lumbalpunction in der Regel nicht erreicht wird und wohl stets nur flüchtiger Art ist, werde ich mich in Zukunft bei Hirntumoren nur auf die diagnostische Punction beschränken.

[1]) Die 2. Zahlenreihe zeigt den Enddruck jeder Sitzung an.

[2]) Bei einem neuen Fall flossen bei ununterbrochener Drainage in 36 Stunden 600 ccm Exsudat ab, worin Bacillen nachgewiesen wurden.

Wichtig ist noch die Thatsache, dass der Eiweissgehalt des Liquors auch bei Tumoren erhöht sein kann. Wir fanden ihn z. B. bei einem autoptisch gesicherten Fall (S.) bis zu 2½ ‰ erhöht. Diese Beobachtung stützt die Annahme, dass auch bei Tumoren entzündliche Vorgänge vorkommen, die ja von mancher Seite (Leber, Deutschmann) (11) für die Ausbildung der Stauungspapille gefordert werden; sie erschwert aber u. A. die Differentialdiagnose zwischen Tumor und Meningitis und zwar um so mehr, als wir in keinem Fall die Lichtheim'-Angabe (7) bestätigen konnten, dass der bei den Tumoren gefundene Liquor Zucker enthalte. Wir haben mit der Nylander'schen Probe niemals eine Reduction erhalten.

Bei 2 noch auf der Abtheilung befindlichen unsicheren Fällen hat uns die Punction noch nicht gefördert, trotzdem wir bei dem einen Fall zweimal 35 ccm Flüssigkeit gewonnen haben. Ob bei dem Kranken ein einfacher Hydrocephalus oder basilare Meningitis vorliegt, ist einstweilen unentschieden.

Auf die bei allen Kranken bestehende, zum Theil hochgradige Stauungspapille hat die Punction selbst nach Entnahme von 75 ccm keine Wirkung ausgeübt. Wohl aber schien es Herrn Collegen Wilbrandt, der mit dankenswerther Freundlichkeit alle unsere Fälle vor und nach der Punction untersuchte, als ob bei 2 Kranken die schon vorher bestehende Neigung zu Netzhautblutungen unmittelbar erhöht worden sei.

Im Anschluss an diese Gruppe will ich nur kurz erwähnen, dass ich bei einer autoptisch bestätigten Pachymeningitis haemorrhagica nur wenige ccm reines Blut erhielt und bei einem Kranken der chirurgischen Abtheilung, der mit acuter völliger Querlähmung des Halsmarks in Folge traumatischer Wirbelluxation aufkam, 100 ccm innig blutig gemischten Liquors entleerte. Eine Besserung blieb beidemale aus.

2. Von Interesse scheint mir das Ergebniss der Punction bei chronischen Apoplektikern. Nicht wenige derselben leiden an heftigen Kopfschmerzen und Schmerzen in den Gliedern. Es lag der Gedanke nahe, bei ihnen das Verfahren schonend anzuwenden; auch war die Punction vom diagnostischen Standpunkte werthvoll. Die 11 Kranken standen im Alter von 37—75 Jahren; es wurden im Ganzen 14 Punctionen gemacht. Die Menge der Flüssigkeit schwankte zwischen 8—45 ccm. Eine (objective) Besserung der Beschwerden war nie ersichtlich. Lehrreich ist die Thatsache, dass das specifische Gewicht des Liquors zwischen 1006—1007 schwankte, während die Eiweissprüfung meist nur Spuren, in einem Fall aber 0,5, in einem andern 2¼ ‰ ergab. Den Druck fanden wir mehrmals zu 60—80 mm, ja einmal 150, 180 und sogar 280 mm. Gerade diesen grossen Druckwerth zeigte eine seit Jahren linksseitig gelähmte 57 jährige Frau Pr., die stets viel Schmerzen in der Seite und ein auffallend gedunsenes Gesicht hat und bei der leicht 15 ccm Liquor abflossen.

3. Von chronischer seröser Meningitis punctirte ich folgende Fälle:

1. Ein seiner Zeit 8 Monate altes Kind, das im Juli 1895 wegen gastrointestinaler Erscheinungen aufgenommen wurde. Es bot zuerst keinerlei meningitische Zeichen dar; diese setzten erst im September schleichend ein, wo das Kind ab und zu Strabismus, Nackensteifigkeit, Pupillenträgheit und wechselnde Unruhe zeigte, ohne dass die Eigenwärme je die Norm überschritt. Das Kind trank schliesslich sehr schlecht und kam sichtlich herunter. Da es auch wahrscheinlich wurde, dass es nicht mehr deutlich sah, ohne dass die ophthalmoskopische Untersuchung einen Anhalt bot, machte ich am 9. Oktober die erste Punction.

Die folgende Tabelle giebt über die bei diesem Kinde gemachten Lumbal-Punctionen Aufschluss:

Am	5. X.	25 ccm	—	—		unter starkem Druck
„	10. X.	75 „	—	—		„ „ „
„	14. X.	30 „	400 mm	Druck.		
„	18. X.	15 „	130 „	„		
„	24. X.	40 „	410 „	„	1009 sp. G.	¼ ‰ Eiw.
„	30. X.	30 „	300 „	„	1004 „ „	„ „
„	14. XI.	3 „	170 „	„	1008 „ „	„ „
„	9. I. 96.	40 „	270 „	„	1006 „ „	„ „ in 10 M.

Das Kind hat sich körperlich ziemlich entwickelt und erwidert Kosegeräusche und Streicheln mit freundlichem Lachen. Die vor den Punctionen oft fehlende Pupillenreaction kehrte stets fast sofort wieder und ist seit Dezember erhalten; die vorgewölbte Fontanelle sank zurück. Die vor den ersten 4 Punctionen meist ziemlich starke Nackensteifigkeit verschwand jedesmal bis zum anderen Tage.

2. Der 22jährige Arbeiter M. war schon einige Monate vorher auf meiner Abtheilung wegen heftiger Schwindelzufälle und Gastralgien behandelt worden. Dass dieselben centralen Ursprungs sein möchten, war uns ziemlich wahrscheinlich, zumal M. träge Pupillenreaction zeigte und der Patellarreflex links ganz fehlte, rechts träg und schwach war. Wir dachten in erster Linie mit an gastr. tabische Krisen, wogegen freilich das jugendliche Alter und das Fehlen einer luetischen Anamnese sprach.

Der Kranke wurde am 20. Oktober von neuem aufgenommen, klagte über schwer eingenommenem Kopf, Schwindel, heftige Magen- und Rückenschmerzen und hatte wiederholt erbrochen.

Die jetzt vorgenommene Lumbal-Punction ergab:

am 22. Oktober 23 ccm klare Flüssigkeit, die unter 210 mm Druck stand und ein specifisches Gewicht von 1007 bei geringem Eiweissgehalt zeigte.

In den folgenden Tagen fühlte sich M. wesentlich besser und wünschte nach 14 Tagen bereits seine Entlassung; kurz zuvor ergab die diagnostische Lumbal-Punction

am 13. Oktober nur 5 ccm bei 165 mm Druck.

Ich halte es darnach für das Wahrscheinlichste, dass es sich um eine chronische Meningitis handelt.

3. Schwieriger ist die Deutung folgenden Falles.

Die 23jährige Johanna A. wird am 25. Dezember früh, gerade als ich die Hauptvisite machte, in die Aufnahme-Abtheilung gebracht. Sie ist bewusstlos vor einer Stunde in einer offenen Hausflur gefunden und wird durch die Polizei dem Krankenhause zugetragen. Die gut genährte Kranke ist völlig bewusstlos und sehr kühl — es waren 8° R. Kälte — hat kleinen, mässig frequenten Puls 112. Der Nacken ist steif, unbeweglich und auf Druck scheinbar schmerzhaft. Die Pupillen sind mittelweit, gleich und reagiren, Patellarreflex vorhanden. Keine äusseren Verletzungen.

Bei dieser Kranken wurden folgende Punctionen ausgeführt:

am	25. XII. 95	35 ccm,	110 mm	Druck,	1006 sp. G,	1/4 ‰ E.		
„	6. I. 96	40 „	290 „	„	1006 „	1/4 ‰ „	in 11 Min.	
„	12. I. 96	12 „	125 „	„	1006 „	Spur.		
„	23. I. 96	32 „	180 „	„			„ 12 „	
„	29. I. 96	32 „	240 „	„				

Die Kranke erwachte 4 Stunden nach der ersten Punction, blieb noch schlafsüchtig und gab an, dass sie Abends zuvor von einem Manne, der sich zu ihr gesellt habe, plötzlich auf den Kopf geschlagen und umgefallen sei und seitdem nichts mehr von sich wisse. Für die naheliegende Annahme, dass ein Stuprum vorgenommen sei, ergaben sich keine objectiven Zeichen.

Der Nacken war beweglich, schmerzte aber ebenso wie der Kopf noch in den nächsten Tagen, an denen noch häufiges Erbrechen eintrat.

Da die Kopfschmerzen am 6. Januar sich steigerten, wurde die zweite Punction gemacht, die subjective Erleichterung brachte.

Auch die folgenden Punctionen wurden wegen erneuter Kopf- und Nackenschmerzen mit gleich gutem Erfolge wiederholt.

Inzwischen erfuhren wir, das die Kranke im Jahre 1895 zwei Monate im Eppendorfer Krankenhause wegen hystero-epileptischer Anfälle behandelt worden sei. Diese Thatsache lässt daran denken, dass die A. schon seit längerer Zeit an einer serösen Meningitis leidet und durch den Schlag auf den Kopf eine Verschlimmerung erfahren hat. Ich habe desshalb seit dem 7. Januar Jodkali und seit dem 1. Februar eine Inunctionscur bei der Kranken begonnen; sie ist frei von Beschwerden.

Ebenso wie bei dem 2. Kranken wird hier der weitere Verlauf abzuwarten sein, bevor wir ein endgiltiges Urtheil abgeben.

III. Ich gehe nun zur Betrachtung solcher Fälle über, welche die Erscheinungen einer acuten, nicht tuberculösen, Cerebrospinal-Meningitis dargeboten haben.

Bei 2 Kranken, die ich mit den Herren Collegen v. Oosten, Michael und Krieger behandelte, erhielt ich keine Flüssigkeit, obwohl ich in dem Duralsack gewesen zu sein glaube. Es handelte sich um die schwere epidemische Form; beide Kranken sind nach monatelanger Krankheit genesen. In 3 weiteren Fällen ergab die Punction reichliches Exsudat, das in dem einen 5 mal punctirten Falle rein serös, im zweiten dünneitrigblutig, im dritten dickeitrig war. Bei allen 3 Kranken waren intracellulare Diplococcen nachweisbar.

Der erste dieser Fälle betraf eine 46jährige Frau M., die am 4. September aufgenommen war. Die Diagnose schwankte zwischen epidemischer Cerebrospinal-Meningitis und Abdominaltyphus. Da die erste Punction negativ ausfiel, stand ich mehrere Wochen von einer Wiederholung ab. Erst am 15. Oktober fand ich bei der 2. Punction 26 ccm wasserklares Exsudat. Die inzwischen äusserst abgemagerte Frau bot den bei dieser Meningitisform nicht so seltenen, stetig fortschreitenden Marasmus und Muskelschwund dar. Fünf Punctionen, die zwischen 20—50 ccm Exsudat herausbeförderten, waren ohne Wirkung. (Nach der ersten Punction fiel das Fieber ab.) Die zum Skelet abgemagerte Kranke ging völlig marastisch am 27. Dezember zu Grunde.

Bei dem anderen Falle L., den ich mit Herrn Collegen Friedmann (dies ist der einzige Fall, bei dem ich mit der Spritze öfters aspirirt habe) in Altona sah, konnten wir 80 ccm Exsudat entleeren. Das erst 2 Tage kranke 13jähr. Kind verblieb im tiefen Coma und verschied etwa 15 Stunden nach der Punction, ohne dass die geringste Einwirkung zu erkennen war. Besonders hebe ich hervor, dass Opisthotonus und Krämpfe gleich stark fortdauerten.

Bei dem 3. Fall, der ein 5jähriges Kind M. betraf, versuchte ich, da sehr dicker Eiter aus der Canüle vordrang, eine vorsichtige Auswaschung der Rückgratshöhle. Thatsächlich flossen dann reichlichere Eiterflocken und feingemischter Eiter ab. Erfolg erzielten wir nicht. Das Kind ging comatös zu Grunde. Die Section zeigte, dass besonders in der Gegend der Brücke und der grossen Subaracheoideae-Cysternen noch dickes, eitriges Exsudat sass, während das Rückenmark nur strichweise und zart damit überzogen und nur spärliches flüssiges Exsudat in der Rückengratshöhle vorhanden war.

Ein weiterer Fall, der bei einer schon längere Zeit auf meiner Abtheilung wegen Empyems behandelten 20jähr. Kranken zur Beobachtung kam und in 4 Tagen tödtlich ablief, ist dadurch von Interesse, weil wir hier 2 mal dicken Eiter zu 8—20 ccm entleerten, der völlig keimfrei war. Es bestand ein Druck von 300 mm. Die Section ergab typische eitrige Cerebrospinal-Meningitis und in dem der Leiche entnommenen Ventrikel Exsudat Streptococcen, die in Reincultur wuchsen. Der Rest der früheren Empyemhöhle völlig frei von Eiter; das Ependym des linken Seitenventrikels von einer etwa linsengrossen Stelle oberflächlich arrodirt. — Dass der Fall mit dem früheren Empyem in ursächlichem Zusammenhang steht, wäre wohl denkbar, zumal bei dem abweichenden bacteriologischen Befund. Aber man darf nicht vergessen, dass ab und zu auch bei der croup. Pneumonie die Fränkel'schen Coccen fehlen und nur Streptococcen vorkommen können.

M. H. So interessant die letzten Fälle für den Diagnostiker abliefen, so wenig erfreulich war die therapeutische Seite. Bei der einen subacuten Krankheit wurde trotz mehrmaliger, allerdings erst nach 6 wöchentlicher Dauer der Krankheit begonnener Entlastung des Hirns der Marasmus nicht mehr aufgehalten, bei den anderen setzte der rasch eintretende tödtliche Ausgang allen weiteren Bestrebungen ein Ziel. Anders mit den folgenden 5 Fällen, die ich der acuten serösen Cerebrospinal-Meningitis zurechnen möchte.

Der erste Fall betrifft einen 19jährigen Küper N., der am 9. November vor. Jrs. mit den Zeichen eines milden Gelenkrheumatismus, schwerer Nephritis und Debilitas cordis aufgenommen wurde. Die Temperatur bewegte sich um 39° C. Der Kranke war meist benommen und delirirte in mässigem Grade. Der Harn enthielt 7,5 ‰ Eiw. und ausser zahlreichen Nierenepithelien viel Eiter; er wurde in den nächsten Wochen eiweissfrei. Am 14. Krankheitstage traten ziemlich plötzlich Coma, Opisthotonus und von Neuem Fieber ein. Die jetzt vorgenommene Punction entleerte unter hohem Druck in knapp 10 Minuten 35 ccm seröser Flüssigkeit, worin bei 1010 specifischem Gewicht reichlich Eiweiss und Leukocyten enthalten waren. Schon im Laufe des Tages begann sichtliche Besserung; die folgende Nacht verlief im Gegensatz zur vorhergehenden ruhig und die Nackensteifigkeit war andern Tags völlig verschwunden. Der jetzt fast klare Kranke bewegt den Kopf ohne nennenswerthe Beschwerden. Da ab und zu wieder etwas Steifigkeit im Nacken geklagt wird, wiederholten wir 8 Tage später die Punction, bei der jetzt nur 6 ccm unter mässigem Druck abfliessen. Sehr wahrscheinlich war aber die Hohlnadel etwas verstopft gewesen, denn als ich nach 3 Tagen wegen erneuter Nackensteifigkeit und Delirien den Eingriff wiederholte, gewann ich rasch 20 ccm. Der Nacken wird sofort frei beweglich. Wohl aber hat der Kranke noch längere Zeit Fieber wegen einer entzündlichen Schwellung am linken Unterkiefer und Rückfall der Nephritis. Von Interesse ist, dass vorher schon Facialis-Parese links eintrat. Jetzt ist der Kranke bis auf zeitweise einsetzende Tachycardie völlig wieder hergestellt.

2. Der am 27. December 1895 aufgenommene 10jährige Knabe Hermann H. war 14 Tage zuvor plötzlich mit Appetitlosigkeit, Erbrechen und Schmerzen in allen Gliedern erkrankt. Er macht einen schwerkranken Eindruck und bot bei Temperatur 40,2 höchstgradige Nackenstarre und Druckschmerz dar; das Sensorium nicht benommen. Die mässig weiten Pupillen reagiren sehr träge. Der Leib ist stark eingezogen. Die andern Tags vorgenommene Punction ergab bei 600 mm (44,0 mm Hg), 13 ccm klares Exsudat von 1007 specifischem Gewicht und mässigem Eiweissgehalt. Es tritt sehr bald völliges Wohlbefinden und Entfieberung ein; der Nacken wird frei und ohne Schmerz beweglich, die Pupillen reagiren lebhaft. Eine nach 9 Tagen auftretende Ephemera ist ohne Bedeutung, die zweite zu diagnostischen Zwecken am 17. Januar vorgenommene Punction ergibt 12,5 ccm bei 70 mm Druck.

3. Die 42 jährige Frau Minna K. ist nach Angabe ihrer Schwester am 1. Dezember 1895 mit Schüttelfrost, Hitze, Kopf- und heftigen Nackenschmerzen erkrankt und seit 2 Tagen völlig unklar und unruhig. Sie wird am 8. Dezember aufgenommen, ist ganz verwirrt und unruhig. Der Nacken sehr druckempfindlich, ist am 9. Dezember steif. Die jetzt ausgeführte Punction ergibt bei einem Anfangsdruck von 260 mm = 19,2 Hg 22 ccm einer klaren Flüssigkeit von 1007 specifischem Gewicht.

In den beiden folgenden Tagen hält die Unruhe und Verwirrtheit noch an, die Nackensteifigkeit wird grösser. Vom 12. Dezember an beginnt deutliche Besserung, die nach der nächsten, am 18. Dezember wiederholten Punction, womit 17 ccm der gleichen Art bei 175 mm Druck entleert werden, merkliche Fortschritte macht, so dass die Kranke schon am 2. Januar das Haus völlig geheilt verliess.

4. Der 11 jährige Knabe Albert Kr., am 1. Novbr. aufgenommen, bot ein fast 3 wöchentliches, unregelmässiges Fieber dar und als einzigen sonstigen Befund ein eigenartiges, vesiculöses Exanthem darbot, das in mehreren Schüben den unteren Theil des Rumpfes mit besonderer Bevorzugung der Regio hypogastrica und dos Mons pubis befiel. Die Blasen füllten sich sehr rasch mit wässrig getrübtem Inhalt und erhoben sich auf lebhaft gerötheter, kaum geschwollener Grundlage. Die Umgebung war ohne jede Spur von Röthe. Die Schleimhäute blieben ganz frei, die Extremitäten zeigten nur spärliche Blasen.

Von Ende November ab konnte der Junge kein Wasser lassen, wir fanden die Blase mit über 1 Liter gefüllt, auch der Stuhl war angehalten. Die Patellarreflexe erhöht. Ich dachte an die Möglichkeit einer serösen Meningitis und punctirte zuerst am 4 Dezember bei einem Druck von 320 mm Wasser (23,6 mm Hg) 25 ccm klare Flüssigkeit, die bei mässigem Eiweissgehalt ein specifisches Gewicht von 1005 zeigte. Am 9. Dezember wurden abermals 30 ccm entleert, der Druck betrug jetzt nur 105 mm.

Ein Einfluss auf den Zustand war unverkennbar; der Knabe konnte vom nächsten Tage an den Harn stets wieder freiwillig entleeren. Die Reconvalescenz machte stetige Fortschritte.

Indess ergab die am 9. Januar aus diagnostischen Gründen ausgeführte 3. Punction bei 200 mm Wasserdruck in 15 Min. Zeit 35 ccm Flüssigkeit. Es ist also sehr wahrscheinlich, dass in Folge des Infectionsfiebers eine seröse Meningitis entstand, die milde begann und noch nicht ganz verschwunden ist.

Von ungleich grösserem Interesse ist folgender Fall, den ich mit Herrn Collegen Nevermann in Winterhude behandelt habe.

5. Die 27 jährige Frau M., die von Dr. N. schon wiederholt wegen Blutarmuth behandelt war, erkrankte am 30. November inmitten völligen Wohlbefindens, als sie sich fröhlich in einer Gesellschaft befand, Abends $^1/_2$ 9 Uhr plötzlich mit heftigstem Kopfschmerz, der scharf die rechte Kopf- und Gesichtshälfte einnahm. Eine Minute später brach sie bewusstlos zusammen, als sie aufzustehen und die Gesellschaft zu verlassen versuchte. Herr College N. findet die Kranke, die inzwischen anhaltend bewusstlos geblieben war und mehrmals erbrochen hatte, in tiefem Coma, die weiten Pupillen sind völlig lichtstarr; auch besteht Strabismus divergens, der Puls ungleich, oft aussetzend und stark verlangsamt. Die Kranke wird um 11 Uhr mit dem Krankenwagen in ihre Wohnung geschafft und bleibt bis zum Mittag des nächsten Tages bewusstlos. Das Erbrechen wiederholt sich die Nacht hindurch.

Nach dem Erwachen am 1. Dezember jammert die Kranke über »rasenden« Kopfschmerz, besonders im rechten Vorderkopf. Derselbe dauert auch bis zum 2. Dezember, wo ich vom Herrn Collegen N. zugezogen wurde, trotz mancherlei Mittel hartnäckig fort. Der Puls bleibt verlangsamt und sehr ungleich. Bei der gemeinschaftlichen Untersuchung ist die üppig genährte Kranke schlafsüchtig, aber sonst klar; sie vermeidet ängstlich jede Kopf- und selbst Augenbewegung. Druck an den Nervenaustritten, ebenso wie im Nacken schmerzhaft. Steifigkeit nicht vorhanden. Pupillen mittelweit, reagiren, ebenso sind die Patellarreflexe erhalten. Keine motorischen und sensiblen Lähmungen. Die Temperatur ist normal.

Ich schlug für den nächsten Tag die Lumbalpunction vor, wenn der Zustand in gleich unerträglicher Weise fortbestehen sollte. Wir beschränkten uns einstweilen auf Eis und Clysmata, neben löffelweise gereichter Flüssigkeit, gegen die überdies grösster Widerwillen bestand.

Am 3. Dezember Nachm. 3 Uhr machte ich die 1. Punction, da der Zustand ganz unverändert war. Die Flüssigkeit spritzte heraus, und trotzdem fand ich noch einen Druck von 320 mm, der nach Abfluss von 30 ccm auf 120 mm verblieb.

Schon bald nach der Punction trat eine merkliche subj. Erleichterung ein, die dadurch eine objective Bestätigung erfuhr, dass der vorher äusserst unregelmässige und ungleiche Puls von 48 auf 54 stieg und absolut gleich und regelmässig wurde.

Am 4. Dezember war der Zustand wesentlich besser, der Kopfschmerz erträglich, stundenlang ganz verschwunden. Der Puls bleibt regelmässig. An der Oberlippe zeigt sich deutlich Herpes. Da aber am 5. Dezember Früh von neuem heftiger Kopfschmerz eintritt, wird Nachmittags die von der Kranken selbst gewünschte Punction (2) wiederholt. Ich entleerte in etwa 12 Minuten 30 ccm. Der Druck sinkt währenddem von 355 mm auf 130 mm. Da die linke Seitenlage der Kranken unerträglich wird, hörte ich schon da mit der Punction auf. Der Puls ist regelmässig und steigt von 40—44 auf 54—56.

Die folgende Nacht ist leidlich. Dann beginnt völliges Wohlbefinden. das (36 Stunden lang) bis zum 7. Dezember Nachmittags andauert. Der Kopf ist völlig frei, die Kranke wird zunehmend fröhlicher und hat Appetit. — Plötzlich (5 Uhr Nachmittags) beginnt von neuem heftiger rechtsseitiger Kofschmerz mit Erbrechen. Die Nacht zum 8. Dezember ist schlecht.

Die Kranke fleht um möglichst rasche Wiederholung der Punction, die am 8. Dezember Nachmittags $^1/_2$3 Uhr gemacht wird.

Beim Einstich der Nadel spritzt die Flüssigkeit in einem mindestens 15 cm langen Strahl hervor, sodass ich erst, als mehrere ccm abgeflossen waren, die Verbindung mit dem Steigrohr herstellte, und trotzdem fand ich noch einen Druck von 420 mm W. = 30,8 mm Hg.

Nach Abfluss von weiteren 35 ccm hatte sich der Druck auf 100 mm eingestellt. Der Puls stieg von 48 auf 54, ist regelmässig. Die jetzt erzielte Besserung war zwar nicht so vollständig, wie nach der 2. Punction; indess befand sich die Kranke bis zum 10. Dezember Abends ganz wohl, dann begann wiederum Verschlechterung, Kopfschmerz und Erbrechen. Auf ihren dringenden Wunsch wird, da sie sich in der Nacht zum 11. Dezember äusserst schlecht befunden hat, am 11. Dezember die 4. Punction gemacht. Ich entleerte wieder etwa 30 ccm bei einem Anfangsdruck von 400 mm, der zuletzt auf 60 mm sank. Gleich nach der Punction tritt ruhiger Schlaf und sichtliche Besserung ein.

Von da ab wurde die Reconvalescenz nie wieder gestört. Erbrechen trat nie wieder ein. Der ab und zu besonders gegen Abend gesteigerte Kopfschmerz erreichte nie wieder die frühere Heftigkeit und ist jetzt ganz beseitigt. — Der Puls hielt sich Anfangs noch um 64, stieg allmählich auf 72, am ersten Weihnachtstage sogar auf 85 Schläge. Die Eigenwärme war stets normal.

Das gewonnene Hirnwasser war stets wasserhell, zeigte ein specifisches Gewicht von 1008, und bis zu $1^1/_2$‰ Eiweiss; ferner ziemlich reichlichen Leukocyten-Gehalt, aber nie Mikrobien.

Herr College N., den ich kürzlich um eine Auskunft bat, schrieb ausser den eben wiedergegebenen Notizen «in diesem Fall war die Lumbalpunction wirklich ein wahrer Segen, besonders auch nach dem eigenen Gefühl der Kranken». (Schluss folgt.)

Aus der medicinischen Universitäts-Poliklinik zu Kiel.

Zur Kenntniss der Myelitis acuta luetica.

Von Dr. *v. Starck.*

In letzter Zeit hatte ich Gelegenheit eine frühere Patientin gesund wiederzusehen, deren Geschichte in verschiedener Beziehung interessant ist, und die ich kurz mittheilen will.

Pauline G., Schneiderin, 27 Jahre alt, bat am 19. August 1892 um die Hilfe der Districtspoliklinik. Sie gab an, vor 12 Tagen ziehende Schmerzen im Rücken bekommen zu haben, welche 4 Tage später auch in den Beinen, namentlich in dem rechten auftraten. Dazu habe sich eine zunehmende Schwäche in den Letzteren gesellt, während die Schmerzen an Intensität nachgelassen hätten. Der poliklinische Praktikant, welcher die Kranke zuerst sah, hielt die Beschwerden für Rheumatismus und traf eine entsprechende Verordnung. In den nächsten Tagen entwickelten sich indess ausgesprochene Lähmungserscheinungen bei der Patientin. Am 23. August konnte dieselbe nicht mehr stehen oder gehen. Schon Tags zuvor begann Urin und Stuhl unwillkürlich abzugehen; an beiden Beinen wurde hochgradige Anästhesie konstatirt, der Patellarreflex war beiderseits nicht hervorzurufen, am Kreuzbein zeigte sich Decubitus.

Da Patientin nicht in ihrer Wohnung bleiben konnte, wurde dieselbe in das damals noch mit der Poliklinik verbundene städtische Armen- und Krankenhaus verlegt, wo ich die mir von früher bekannte Patientin zuerst in ihrem jetzigen Zustande sah. Die genauere Anamnese der Kranken ergab, dass sie im Laufe des letzten Jahres dreimal im städtischen Armen- und Krankenhause wegen Geschlechtskrankheit in Behandlung gewesen war. Zuerst wurde sie aufgenommen am 21. September 1891 mit Urethritis und Cervicalkatarrh ohne Zeichen von Syphilis; zum zweiten Mal am 19. November 1891 mit einem über den ganzen Körper verbreiteten grossfleckigen, kupferfarbenem maculös-papulösem Exanthem, Corona veneris, Rhagaden an den Mundwinkeln, Placques auf den Tonsillen, breiten Condylomen an den Labien und multiplen Drüsenschwellungen. Unter Behandlung mit Injectionen von Hydrargyrum salicylicum verschwanden die Erscheinungen und konnte Patientin nach sechswöchentlicher Cur entlassen werden. Die dritte Aufnahme erfolgte am 21. April 1892 wegen mehrerer kreisrunder Geschwüre am rechten Unterschenkel und eines solchen am rechten Oberschenkel. Dieselben zeigten einen speckigen Grund und wallartig infiltrirte Ränder und sahen aus wie zerfallene Gummata. Daneben bestanden Drüsenschwellungen und eine eitrige Urethritis. Erneute Behandlung mit Hydrarg. salicyl. Entlassung am 21. Mai 1892.

Status am 26. VIII. 92.

Mittelgrosses Mädchen, Knochenbau mittelstark, Muskulatur schlaff, Panniculus gering, Hautfarbe blass, Leukoderma am Halse, ausgedehnte rundliche Narben unterhalb des rechten Knies. Brust- und Bauchorgane ohne Besonderheiten, Appetit schlecht, Zunge belegt, keine Zähne (k. Gebiss). Die rechte Gesichtshälfte schlaff, Nasolabialfalte verstrichen, Mund beim Pfeifen nach links verzogen, keine Störung in den Bewegungen der Zunge, im Geschmack, in der Speichelsecretion und von Seiten des Gehörs. Beide Beine lahm, mit dem rechten kann Patientin überhaupt keinerlei Bewegung ausführen, das linke nur ganz wenig heben und geringe Bewegungen

im Fussgelenk machen. Die Muskulatur ist beiderseits sehr schlaff, der rechte Unterschenkel und die rechte Hinterbacke weniger voluminös als links. Fusssohlenreflex beiderseits fehlend, Cremasterreflex rechts fehlend, links eben nachweisbar, Patellarreflex fehlt beiderseits, Fussklonus rechts fehlend, links in geringem Grade vorhanden. Kot und Harn werden unwillkürlich entleert. Sensibilität: der Tastsinn im Bereich der Beine und bis zur Nabelhöhe stark herabgesetzt in der Glutäalgegend und im Bereich des Kreuzbeins bis zur Nabelhöhe aufgehoben. In letzterem Bezirk besteht völlige Analgesie, so dass Patientin von dem inzwischen faustgross gewordenen Decubitus am Kreuzbein nichts fühlt. An den Beinen ist die Schmerzempfindung beiderseits stark herabgesetzt, rechts mehr als links. Localisationsvermögen beiderseits, rechts stärker, vermindert.

Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit konnte bei dem Mangel eines genügend starken Apparates leider nur sehr unvollständig sein. Die Erregbarkeit für den faradischen Strom war an den Oberschenkelmuskeln beiderseits gleich und anscheinend normal, am Unterschenkel rechts, besonders an den Streckmuskeln, ausgesprochen herabgesetzt, links nicht deutlich. Die Reaction vom Nerven aus ist rechts deutlich stärker als vom Muskel aus, links ist ebenfalls ein Unterschied, aber weniger gross.

Die Erregbarkeit gegenüber dem constanten Strom beiderseits nicht verändert. Die mechanische Erregbarkeit an den Unterschenkelmuskeln rechts erhöht.

Patientin wurde sofort einer antiluetischen Cur unterworfen, bestehend in Injectionen von Hydrarg. salicyl. 0,1 pro dosi zweimal wöchentlich und Darreichung von Jodkali. Daneben wurde bald mit Faradisation der Beine begonnen. Sehr bald schon zeigte sich ein Erfolg.

15. IX. Heute zuerst schwache willkürliche Bewegung des rechten Beines im Kniegelenk, noch nicht im Fussgelenk. Der Decubitus hat sich begrenzt, die Sensibilitätsstörungen beiderseits etwas geringer, die Atrophie der Unterschenkelmuskeln rechts hat nicht mehr zugenommen. Die Incontinentia vesic. hat aufgehört, dagegen Neigung zu Harnverhaltung, die an einigen Tagen Katheterisiren nöthig macht; ebenso statt der Incontinentia alvi hartnäckige Obstipation.

Den 28. IX. Patientin macht den ersten Versuch zu stehen, Patellarreflexe wieder nachweisbar, Decubitus kleiner.

Den 11. X. Patientin kann sich selbständig im Zimmer bewegen, das rechte Bein beim Gehen nachschleppend. Patellarreflexe beiderseits gesteigert.

Den 20. XI. Muskulatur am rechten Bein und Glutäalgegend von normalem Volumen, auch links kräftiger und dicker als beim Eintritt. Sensibilität noch herabgesetzt, Decubitus zur Hälfte geheilt.

Den 7. XII. Die Muskeln beider Unterschenkel reagiren in normaler Weise auf den faradischen Strom. Sensibilität annähernd normal, Decubitus bis auf eine kleine 1/2 cm breite und 3 cm lange nässende Stelle geheilt. Facialislähmung geschwunden. Die Beine ermüden noch leicht beim Gehen, sind sonst aber fast vollständig functionsfähig. Blase- und Mastdarmfunction normal.

Mitte Dezember wird Patientin, nachdem sie 18 Injectionen von Hydrarg. salicyl. erhalten hatte, vollkommen gesund entlassen, um sich bald darauf zu verheirathen.

Ich hatte Gelegenheit, sie hier noch eine Zeit lang zu verfolgen, später hat sie Kiel verlassen. Kürzlich sah ich sie offenbar völlig wohl wieder. Recapituliren wir den Fall kurz, so sehen wir, wie ein 27 jähriges Mädchen wahrscheinlich Ende September 1891 Lues acquirirt, 7—8 Wochen später Allgemeinerscheinungen zeigt, eine antiluetische Cur durchmacht, sechs Monate danach wegen tertiärer Lues in Behandlung kommt, von neuem einer Cur unterworfen wird, nach weiteren 4 Monaten, also etwa 12 Monate nach der Infection, von einem Rückenmarksleiden befallen wird, von welchem es durch eine dritte längere antiluetische Cur definitiv geheilt wird.

Das Rückenmarksleiden begann mit Schmerzen im Rücken und in den Beinen, die rasch verschwanden, um dem *ausgesprochenen Bilde der Myelitis lumbalis* Platz zu machen. Schon 14 Tage nach Beginn der Schmerzen, die inzwischen verschwanden, war das Bild der Myelitis lumbalis ausgebildet. Es bestand eine motorische und sensible Paraplegie der Beine, die Sehnenreflexe waren erloschen, Blasen- und Mastdarmlähmung war eingetreten. Rasch entwickelte sich ein grosser Decubitus. Dazu gesellte sich eine mässige degenerative Muskelatrophie jedenfalls am rechten Bein und partielle Entartungsreaction. Die Hautreflexe zeigten sich aufgehoben resp. vermindert. Nach 3 1/2 monatlicher Cur waren alle Krankheitserscheinungen wieder verschwunden, die Gebrauchsfähigkeit der Beine in vollkommenem Maasse wieder hergestellt, Patientin ganz frisch und leistungsfähig.

Differentialdiagnostisch kann kaum etwas anderes in Frage kommen. Eine Spinalmeningitis auf luetischer Grundlage ist bei dem Mangel meningitischer Erscheinungen — die geringen Schmerzen im Anfang sprechen höchstens für eine Reizung der Meningen — und der raschen Entwicklung der myelitischen Symptome auszuschliessen. Ebensowenig kann ein Gumma die Erscheinungen erklären. Der ganze Verlauf spricht unbedingt für eine acute, diffuse entzündliche Erkrankung des Lumbalmarkes, etwa in der Höhe des Nabels, mit vorwiegendem Befallensein der rechten Hälfte des Markes. Ausgenommen natürlich die *rechtsseitige Facialislähmung*, die *peripherer* Natur und wohl zufällig mit der Myelitis zusammengetroffen war; verursacht war auch sie vielleicht durch Lues, ebenso wie die Myelitis, wie sie mit dieser unter der antiluetischen Behandlung verschwand, möglicherweise aber nur einfach rheumatischer Natur.

Dass die Myelitis anderen als luetischen Ursprunges gewesen sei, kann wohl mit Rücksicht auf die Anamnese der Patientin und den prompten Erfolg der Hg-Behandlung nicht bezweifelt werden. Sie reiht sich einer beträchtlichen Anzahl bereits beschriebener Fälle an, in denen meist während der ersten Jahre nach der syphilitischen Infection oft plötzlich im Verlauf weniger Stunden eine mehr oder weniger vollkommene Paraplegie der unteren Extremitäten eintrat, gewöhnlich begleitet von Blasen- und Mastdarmstörungen und hochgradigen Sensibilitätsstörungen, also den Zeichen einer Querschnittsmyelitis. Unser Fall zeichnet sich gegenüber den meisten sonst beobachteten durch den ausserordentlich günstigen Verlauf aus. Gewöhnlich[1]) änderte sich die Lähmung wenig oder gar nicht, trotz energischer, antiluetischer Curen. Mitunter trat der Tod schon nach einigen Wochen oder Monaten in Folge von Pyelonephritis, Decubitus oder Erysipel ein. Auch bei mehrjährigem Verlauf blieben die Krankheitserscheinungen meistens unverändert. Ein Fall von gleichgutem Ausgang wie der unsere gehört leider zu den Seltenheiten. Günstig und glücklich war für unsere Patientin, dass die Myelitis nicht so rapide verlief, wie in manchen anderen Fällen luetischer Rückenmarkserkrankung, und dass die Kranke so bald nach Beginn der Erscheinungen in die Hände der Aerzte kam, die ihre Anamnese sicher kannten. So konnte die Heilung angebahnt werden, ehe die Veränderungen im Rückenmark so hochgradig geworden waren, dass sie nur mit Narbenbildung und damit mit dauernd zurückbleibenden Störungen zu heilen vermochten. Klinisch bot der Verlauf der Krankheit keine Abweichungen von denen der gewöhnlichen Lumbalmyelitis. Die Rückenschmerzen im Beginn können auch bei letzterer vorkommen und es ist nicht nöthig, in unserem Falle eine eigentliche Betheiligung der Meningen an dem Krankheitsprocess anzunehmen. Viele Autoren sind der Meinung, dass bei den syphilitischen Myelitiden stets eine Meningitis das primäre sei. Indessen bot der pathologisch-anatomische Befund nicht immer erhebliche Veränderungen an den Meningen, oft nur geringe Verdickungen und Infiltrationen der Pia und Arachnoidea in der Höhe und Ausdehnung der Myelitis oder auch einmal auf grössere Strecken; mitunter fanden sich die Rückenmarkshäute ganz frei[2]). Zu den letzteren Fällen dürfte der unsere wohl auch gehören und die Krankheit als eine *acute primäre Myelitis auf luetischer Grundlage* anzusehen sein.

Ob für den günstigen Erfolg der antiluetischen Behandlung die *Art der Hg-Application* von besonderer *Bedeutung* gewesen ist, lasse ich dahingestellt.[3]) Ich möchte nur noch erwähnen, dass ich sonst mit den Erfolgen der Hydrarg.-salicyl.-Injectionen, die ich vor sechs Jahren im hiesigen städtischen Krankenhaus auf der Station für geschlechtskranke Frauen einführte und deren wir uns seit vier Jahren in der medicinischen Poliklinik fast ausschliesslich bedienen, im Allgemeinen überhaupt zufrieden gewesen bin und irgendwelche nachtheilige Nebenwirkungen derselben so gut wie nie beobachtet habe; speciell habe ich nur einmal einen Glutäalabscess danach gesehen, der aber zweifellos auf ungenügende Vorsicht bei der Injection zurückzuführen war.

---

[1]) s. *Rumpf*, die syphilitischen Erkrankungen des Nervensystems. Wiesbaden 1887, S. 336. *Böttiger*, Beitrag zu der Lehre von den luetischen Rückenmarkskrankheiten. Archiv für Psychiatrie, Bd. 26, S. 42. *Renault*, Sur un cas de myélite syphilitique lombaire aigue. Annal. d. Dermatol. et de Syph. I. 7. p. 565. ref. in Schmidt's Jahrb. 1892. S. 42.

[2]) s. *Böttiger*, l. c.

[3]) Die früheren gleichen Curen hatte rasche Recidive nicht verhindert.

Namentlich für die ambulante Behandlung der Poliklinik halte ich das Hydrarg. salicyl. für sehr brauchbar. Im Uebrigen hängt der Enderfolg einer antiluetischen Cur wohl weniger von der Applicationsweise des Quecksilbers ab, als davon, dass die einzelnen Curen sachgemäss und in bestimmten Zeitabschnitten wiederholt vorgenommen werden. Leider sind ungebildete Personen besonders schwer dazu zu bringen, sich nach der ersten Cur auch ohne neue Krankheitserscheinungen bestimmten weiteren Curen zu unterwerfen, um geheilt und vor schweren Spätererkrankungen bewahrt zu werden. Und gerade für solche Menschen sind die Hg-Injectionen, welche eine Unterbrechung der Berufsthätigkeit nicht nöthig machen, so bequem und zugänglich.

Ueber die Bedeutung der Leukocyten für den Schutz gegen Infectionen.[1])

Von Privatdocent Dr. *Martin Hahn* in München.

M. H. In einem Vortrage, den Professor Buchner im Mai 1894 über die Immunitätsfrage vor Ihnen gehalten hat, wurde zum erstenmale die sogenannte natürliche Widerstandsfähigkeit gegen Infectionen streng geschieden von der künstlich erzeugten oder erworbenen Immunität resp. Giftfestigkeit. Die natürliche Widerstandsfähigkeit findet ihren Ausdruck in der bacterientötenden Wirkung des normalen Blutserums, die ihrerseits auf die Gegenwart von Alexinen zurückzuführen ist. Die künstlich erzeugte Immunität dagegen beruht auf der Anwesenheit von Antitoxinen im Blutserum. Alexine und Antitoxine sind Körper mit grundverschiedenen Eigenschaften: Die Alexine sind äusserst labil, werden durch Erwärmen auf 60°, durch Lichteinwirkung zerstört, die Antitoxine sind viel haltbarer, vertragen Temperaturen von 70—80°, die Einwirkung des Sonnenlichtes etc. Die Alexine variiren je nach der Thierspecies: d. h. das Blutserum eines Hundes z. B. zeigt andere bacterientötende Eigenschaften, als das eines Kaninchens etc. Die Antitoxine sind abhängig von der Bacterienart, mit welcher das betreffende Thier immunisirt wurde; d. h. die Antitoxine des Tetanus-immunisirten Thieres sind andere als die eines Thieres, welches gegen Diphtherie immunisirt wurde. Aber ob man das Blut eines diphtherieimmunen Meerschweinchens oder eines diphtherieimmunen Pferdes nimmt, das ist principiell gleich, das Antitoxin der Diphtherie bleibt immer dasselbe.

Es ist klar, dass für jeden, der sich mit der natürlichen Widerstandsfähigkeit des Menschen gegen Infectionen beschäftigt, die Frage von höchstem Interesse sein muss: woher stammen nun eigentlich diese Schutzstoffe, diese Alexine, die ja als chemisch reine Körper leider noch immer nicht dargestellt wurden? Denn nur, wenn wir die Quelle dieser Schutzstoffe im Organismus kennen, ist ja für uns die Möglichkeit gegeben, eine Erhöhung der natürlichen Widerstandsfähigkeit, die wir auf's äusserste erstreben müssen, zu erzielen. Der Gedanke, dass der Ursprung der Alexine in den Leukocyten zu suchen sei, war naheliegend und er ist auch thatsächlich frühzeitig aufgetaucht. Er war naheliegend, denn die Beobachtungen Metschnikoff's über die Phagocytose, also über das Verhalten der Leukocyten bei den Infectionsprocessen wiesen ihnen dabei eine hervorragende Rolle zu. Es fragte sich nur: ist die Vernichtung der Bacterien an die lebende Zelle gebunden, kann diese Wirkung nur direct von der organisirten Substanz der Leukocyten ausgehen oder sind die bactericiden Stoffe auch von den Leukocyten abtrennbar, kann die bactericide Wirkung auch ohne die Gegenwart der lebenden Zelle durch gelöste Stoffe, die von den Leukocyten ausgeschieden wurden, erfolgen? Alle früheren Versuchsanordnungen, wie die von Hankin und Kanthak, die von Denys und Havet gewählten waren nicht geeignet, diese Frage zu entscheiden: denn man hatte in diesen Versuchen die Leukocyten nicht abgetötet und somit war eine Wirkung der Leukocyten als Phagocyten, als lebende Zellen nicht ausgeschlossen. In jenem Vortrage nun, den Herr Professor Buchner vor $1^1/_2$ Jahren in diesem Vereine gehalten hat[2]), hat er Ihnen auch über Versuche, die er in Gemeinschaft mit den Herren Kolb und Schuster angestellt hatte, berichtet, die geeignet erschienen, diese Frage zu lösen. Da ich nun auf Veranlassung des Herrn Professor Buchner und unter seiner steten Förderung diese Versuche weiter fortgesetzt habe, so möchte ich mir erlauben die damaligen Mittheilungen des Herrn Professor Buchner hier weiter fortzuführen. Es ist Ihnen vielleicht noch erinnerlich, dass es gelingt, durch Injection von Weizenkleber oder auch durch Injection von Aleuronatmehl, das mit Stärke zu einem Brei verrieben und sterilisirt wurde, in der Pleurahöhle von Kaninchen und Hunden etc. sterile Exsudate zu erzeugen. Diese Exsudate sind, wie gesagt, völlig bacterienfrei und enthalten, das ist wichtig, grosse Massen von Leukocyten. Wenn nun die bacterientötenden Eigenschaften des Blutes aus den Leukocyten stammen, so musste ein solches stark leukocytenhaltiges Exsudat auch stärker bactericid wirken als Blut und Blutserum des gleichen Thieres. Dabei mussten aber die Leukocyten vorher getötet werden, damit man nicht etwa eine stärkere bactericide Wirksamkeit der Phagocytose, also der lebenden Zelle zuschreiben konnte. Das geschah durch Einfrierenlassen und Wiederaufthauen des Exsudates; die Leukocyten sind dann abgetötet. Werden nun eine Anzahl Eprouvetten mit gleichen Portionen Serum und Pleuraexsudat desselben Thieres beschickt und mit gleichen Mengen einer Bacterienart besät, so findet man, dass im Exsudat, und zwar gleichviel, ob es gefroren ist oder nicht, die Keimzahl beträchtlich mehr abnimmt, als im Serum des gleichen Thieres.

Ich selbst habe eine ganze Anzahl von derartigen Versuchen mit Typhusbacillen und Staphylococcen angestellt, die stets das gleiche Resultat ergeben haben: das leukocytenhaltige Exudat wirkt stärker bacterientötend als Blut und Blutserum des gleichen Thieres. Diese Erscheinung muss nothwendiger Weise auf die Gegenwart der Leukocyten zurückgeführt werden und es war daher von Interesse, möglichst mit reinen isolirten Leukocyten diese Frage nach dem Ursprung der Alexine nachzuweisen. Dazu hätte man ja nun den Inhalt von sterilen Abscessen wählen können, wie man sie durch Injection von Weizenkleber unter die Haut von Hunden und Kaninchen leicht erzeugen kann. Aber diese Abscesse entstehen nur langsam, sie bilden sich erst im Verlauf einiger Tage und die Erfahrung hatte uns gezeigt, dass die Leukocyten, wenn sie bereits vor längerer Zeit die Gefässwandung verlassen haben, sich nicht mehr so activ gegen die Bacterien erweisen. Wir wählten daher eine andere Versuchsanordnung: es wurden Kaninchen unter aseptischen Cautelen laparotomirt und ihnen dann in die Bauchhöhle Wattebäusche oder kleine Schwämme eingeführt, die mit Aleuronatstärkebrei getränkt waren. Dann wurde vernäht und nach 24 Stunden wieder geöffnet: da zeigte sich nun, dass diese Wattebäusche oder Schwämme, wenn sie steril geblieben waren, mit den Därmen fest verlöthet waren: sie waren eingebettet in einen Wall von Leukocyten, angefüllt mit Leukocyten und konnten nur mit einer gewissen Gewalt vom Darm getrennt werden. Um nun die Leukocyten zu gewinnen, wurden die Schwämmchen einfach ausgepresst, die Wattebäusche aber wurden unter aseptischen Cautelen zerkleinert und mit Kochsalzlösung extrahirt. Die resultirende Flüssigkeit enthält natürlich neben massenhaften Leukocyten auch etwas Serum, aber die Menge der serösen Flüssigkeit betrug höchstens 3 ccm. Sie wurde bei den nachfolgenden Vergleichen mit Serum stets in Betracht gezogen. Wenn man nun diese leukocytenhaltige Flüssigkeit mit Serum mischte, in Portionen zu 2 ccm in Eprouvetten vertheilte und andererseits Serum mit gleichen Theilen physiol. NaCl lösung mischte und gleichfalls in Eprouvetten vertheilte, so zeigte sich, dass nach Besäung der Proben mit Staphylococcen oder Typhusbacillen stets das leukocytenhaltige Serum mehr Keime abtötete, als das mit Kochsalz verdünnte. Aber auch, wenn man das Serum nicht mit Kochsalzlösung verdünnte, erwies es sich gegenüber dem leukocytenhaltigen Serum als unterlegen. Und andererseits zeigte die Leukocytenflüssigkeit an sich, wenn sie auch nicht mit Serum versetzt wurde, ein sehr beträchtliches bactericides Vermögen, das dem des unverdünnten Serums mindestens gleichkam, das verdünnte Serum aber noch übertraf.

Durch diese Versuche wurde also wieder bestätigt, dass die Alexine wenigstens zum grossen Theil aus den Leukocyten stammen. Nun war aber weiter die Frage: sind diese Schutzstoffe Zerfalls-

---

[1]) Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein München am 13. November 1895.

[2]) Diese Wochenschrift 1894, No. 24 und 25.

produkte der Leukocyten oder sind es Secretionsprodukte? Bei jeder Gewinnung des Blutes, überhaupt plasmatischer Flüssigkeiten, also auch von Exsudaten, gehen ja massenhaft Leukocyten zu Grunde und es wäre daher sehr wohl denkbar, dass die bacterientötenden Eigenschaften des Serums und die noch stärkeren der Exsudate auf solche Zerfallsprodukte der Leukocyten sich beziehen. Somit müsste also ein Blut, in dem die Leukocyten wohl erhalten sind, das also keine Zerfallsprodukte von Leukocyten enthält, gar nicht oder schwächer bactericid wirken als das Blut des gleichen Thieres, wenn es in der gewöhnlichen Weise defibrinirt oder zu Serum verarbeitet wird. Ein solches Blut mit wohl erhaltenen Leukocyten, das nicht gerinnt, lässt sich nun gewinnen, indem man nach Lilienfeld das Blut aus der Carotis direct in eine Histonlösung fliessen lässt. Das Histon ist ein Eiweisskörper mit basischem Charakter, den man aus dem Nucleohiston der Thymusdrüse gewinnt. Das Nucleohiston zerfällt bei der Spaltung mit Kalk- oder Barythydrat in das Leukonuclein mit saurem und das Histon mit basischem Charakter.

Wir haben derartiges Histonblut mehrfach dargestellt und es in Bezug auf seine bactericide Wirksamkeit mit dem defibrinirten Blut und Serum des gleichen Thieres verglichen: das Histonblut, in dem die Leukocyten wohl erhalten waren, zeigte stets das gleiche bactericide Vermögen wie die auf gewöhnlichem Wege gewonnenen Flüssigkeiten. Demnach ist es nicht wahrscheinlich, dass die Leukocyten durch ihre Zerfallsprodukte die Bacterien schädigen, sondern wir müssen annehmen, dass die von ihnen abgesonderten Stoffe es sind, die den menschlichen Körper vor Infectionsprocessen schützen. Freilich können wir noch nicht mit Bestimmtheit sagen, ob nicht auch andere Körperzellen derartige Schutzstoffe abzusondern vermögen. Wir können ferner auch nach diesen Versuchen noch immer nichts neues über die chemische Natur dieser Schutzstoffe oder Alexine aussagen. Aber wir dürfen sagen: es ist wahrscheinlich, dass die Leukocyten durch Producte, die sie aussondern, den Organismus vor Infection schützen. Dadurch ist uns aber vielleicht die Möglichkeit gegeben, durch Hervorrufung einer künstlichen Leukocytose die natürliche Widerstandsfähigkeit des Organismus zu steigern und in der That liegen schon experimentelle Untersuchungen von Pawlowsky für den Milzbrand, von Löwy und Richter für die Pneumococceninfection der Kaninchen vor, welche für das Gelingen einer solchen künstlichen Steigerung der Alexinmenge im Blut und damit der natürlichen Resistenz sprechen. Freilich dürfte diese Steigerung auch ihre Grenzen haben. Gerade diese Frage wollen wir weiterhin der experimentellen Prüfung unterwerfen.

Zur Kieferhöhleneiterung.

Von Dr. *Linkenheld* in Wiesbaden.

Es ist eine auffallende Thatsache, dass in neuerer Zeit Eiterungen oder überhaupt Erkrankungen der Kieferhöhle dem Arzte so häufig zu Gesicht kommen, während dieselben früher mehr zu den selteneren Erscheinungen der Sprechstundenpraxis gehörten. Die Ursache hierfür ist theils darin zu suchen, dass manche ätiologische Bedingungen zur Entstehung solcher Erkrankungen in neuerer Zeit häufiger vorkommen (Influenza, übertriebener Eifer in Conservirung schadhafter Backzähne), theils dass ihre Erkennung durch die jetzigen Untersuchungsmethoden so ausserordentlich vereinfacht worden ist. In der Durchleuchtung und der, wenn aseptisch ausgeführt, absolut harmlosen Probepunction eventuell mit nachfolgender Durchspülung haben wir ein Mittel, uns jeder Zeit von der normalen oder kranken Beschaffenheit der Kieferhöhle zu überzeugen, auch wenn uns keine sogenannten typischen Symptome hierzu veranlassen sollten. So konnte ich in einigen Fällen von Migräne, Neuralgien im Trigeminusgebiete, halbseitiger Schwere und Eingenommenheit des Kopfes die Ursache in einer Kieferhöhlenerkrankung durch die Punction feststellen, obschon die Klagen der Patienten nicht auf ein Nasenleiden hinwiesen, und obschon bei der Inspection der Nase kein verdächtiges Secret im mittleren Nasengange wahrgenommen wurde.

Wie wenig manchmal überhaupt die Klagen der Patienten von vornherein auf eine Erkrankung der Kieferhöhlen hinweisen, zeigt folgender Fall:

Ein Patient war mir von seinem Arzte zur Behandlung eines angeblichen Ohrenleidens zugeschickt worden. Seine einzigen Beschwerden bestanden in lästigem, continuirlichem Sausen auf dem linken Ohre. Die Untersuchung des Ohres ergab hierfür keinen Anhaltspunkt; die Gehörschärfe war normal. Bei der Untersuchung der Nase fanden sich Granulationen und schleimig eitriges Secret im mittleren Nasengange. Punction der Kieferhöhle förderte dasselbe Secret zu Tage. Durch breite Eröffnung von der Fossa canina aus wurde Heilung erzielt. Das Ohrensausen war direct nach der Operation verschwunden und hat sich bis heute nicht wieder eingestellt. Irgend welche Beschwerden von Seiten der Nase hatte Patient in der Anamnese nicht angegeben.

Wie ich bereits erwähnt habe, spielt unter den ätiologischen Momenten für eine Kieferhöhleneiterung (und ebenso natürlich auch für alle anderen Nebenhöhleneiterungen) die Influenza eine hervorragende Rolle. Während des Herrschens einer Influenzaepidemie und auch noch einige Zeit darauf häufen sich die Eiterungen der Nasennebenhöhlen in auffallender Weise.

Warum wir in praxi nur immer einzelne Nebenhöhlen in Folge von Influenza oder überhaupt aller acuten Infectionskrankheiten erkrankt vorfinden, dafür kann es wohl nur zwei Erklärungen geben (auch die pathologisch-anatomischen Untersuchungen von Weichselbaum, Siebenmann, Ewald u. A. berichten von Eiterungen einzelner Nasennebenhöhlen). Entweder waren die übrigen Nasennebenhöhlen schon abgeheilt, als der Fall zur Untersuchung kam, und nur diejenigen persistirten, deren Ausführungsgänge durch Schwellung der Schleimhaut oder Granulationsbildung in Folge vorausgegangener Katarrhe oder durch sonst ein Hinderniss mehr oder weniger verlegt sind, oder aber es erkranken von vornherein im Anschluss an acute Infectionskrankheiten nur solche Nebenhöhlen eitrig, deren Schleimhäute in Folge vorausgegangener Katarrhe schon pathologisch verändert waren.

Die erste Erklärung scheint mir desshalb nicht stichhaltig zu sein, weil eine Spontanheilung einer eitrigen Entzündung in einem buchtigen, allseitig geschlossenen Raume mit nur kleiner Ausführungsöffnung doch nur selten vorkommen dürfte. Dagegen scheint die zweite Erklärung einleuchtender und zwar aus folgendem Grunde: Bei jedem heftigeren Schnupfen tritt ausser Schwellung und vermehrter Secretion der Schleimhaut der Nase auch solche der Nebenhöhlen ein (dafür sprechen die die meisten Schnupfen begleitenden Kopfsymptome und die massenhafte Secretion beim Nachlassen des acuten Stadiums, die die Schleimhaut der Nasenhöhle allein nicht produciren kann). Mit dem Abheilen der Nasenschleimhaut geht auch die Heilung der Nebenhöhlenschleimhäute einher. Wiederholen sich diese Katarrhe öfter und ehe der vorhergehende Katarrh vollständig ausgeheilt ist, dann entstehen leicht Hypertrophien der Schleimhaut. Ebenso wie in der Nase in solchen Fällen leicht isolirte Hypertrophien z. B. nur der Hinterenden der unteren Muscheln zurückbleiben können, ebenso können sich auch aus irgend einem Grunde Hypertrophien der Schleimhaut dieser oder jener Nebenhöhle ausbilden. Derartige Höhlen mit hypertrophischer Schleimhaut und leicht stagnirendem Secrete bieten aber den eindringenden Coccen und Bacterien eine vorzügliche Stätte zum Anpflanzen und zur Weiterentwicklung. Dass bei jedem heftigen Schnupfen eine Miterkrankung der Nasennebenhöhlen eintritt, muss natürlich erst noch bewiesen werden. Bei den traumatischen Schnupfen (ich will die nach Galvanocaustik der Nasenschleimhaut eintretenden Schnupfen auch hierzu rechnen) konnte ich mich manchmal von der Mitbetheiligung der Kieferhöhlen überzeugen. Ich habe nämlich einige Male Veranlassung genommen, bei Patienten, denen ich wegen hypertrophisch-exsudativer Rhinitis die unteren Muscheln gründlich galvanocaustisch verschorft hatte, eine Probepunction der Kieferhöhlen vorzunehmen, wenn nach der Caustik übermässig schwere Kopfsymptome eintraten, die nach Entfernung der Brandschorfe nicht schwanden. Ich fand dann seröses Exsudat, das nach Abheilung der Brandwunde von selbst verschwand.

Für die Kieferhöhleneiterungen, die sich weder im Anschlusse an acute Infectionskrankheiten, noch in Folge cariöser Backzähne oder Traumen entwickelt haben, wird man eine gelegentliche In-

fection der schon vorher katarrhalisch erkrankt gewesenen Höhlen von der Nase aus annehmen müssen.

Ich glaube als Beispiel hierfür folgenden Fall anführen zu dürfen:

Ein Patient litt schon seit vielen Jahren an einer Hypersecretion der Nase. Dieselbe sei nie verstopft gewesen, aber er habe täglich mehrere Taschentücher nöthig gehabt. Hauptsächlich sei das Secret aus der linken Nase gekommen; dasselbe sei nie eitrig gewesen. Seit 14 Tagen sei die linke Kopfhälfte eingenommen, seit 3 Tagen habe er so heftige Schmerzen in der linken Kopfhälfte, dass er vollständig arbeitsunfähig sei. Die Secretion habe an Menge nicht nachgelassen, aber seit 3 Tagen sei dieselbe mehr eitriger Natur. Auf einen Schnupfen führe er diese Erscheinungen nicht zurück, weil er sich in letzter Zeit nicht erkältet gefühlt habe. Die Untersuchung der Nase ergab mit der Sonde leicht bewegbare Hypertrophie des Vorderendes der mittleren Muschel und eitrig schleimiges Secret an ihrer Aussenseite. Eröffnung und Ausspülung der linken Kieferhöhle vom unteren Nasengange aus beförderte dasselbe Secret zu Tage Schon am nächsten Tage war die Secretion rein schleimig, vom 6. Tage ab hörte dieselbe vollständig auf und ist bis heute (6 Monate) nicht wieder aufgetreten. Am Tage der Eröffnung der Kieferhöhle wurde gleichzeitig das Vorderende der mittleren Muschel, das sich cariös erwies, entfernt.

In diesem Falle war die Infection der schon vorher katarrhalisch erkrankt gewesenen linken Kieferhöhle ganz frischen Datums, was auch durch die auffallend rasche Heilung bewiesen wurde. An eine acute Exacerbation in Folge Schleimverhaltung und Verlegung des Ausführungsganges kann hier nicht gedacht werden; denn Patient gibt an, dass die Secretion nach wie vor in derselben Quantität bestanden habe.

Die Prognose und ebenso unser operatives Eingreifen bei den Krankkeiten der Kieferhöhle wird sich immer nach der Art der Infection und der Zeitdauer derselben richten müssen. Wie weit die bacteriologische Forschung uns hierbei unterstützen wird, muss die Zukunft lehren. Vorläufig sind wir noch auf das Aussehen des punctirten Secretes angewiesen. Befördert die Punction rein eitriges oder vorwiegend eitriges oder gar jauchiges Exsudat zu Tage, dann wird natürlich die Prognose quoad sanationem perfectam eine ungünstigere sein und uns therapeutisch zu eingreifendem chirurgischen Verfahren von vornherein zwingen. Ist das punctirte Secret dagegen rein schleimiger oder vorwiegend schleimiger Natur, gibt der Patient an, dass das Nasensecret erst in allerletzter Zeit sich verändert und einen mehr eitrigen Charakter angenommen habe, dann sind wir berechtigt, eine bessere Prognose zu stellen und zu versuchen, die Kieferhöhle durch eine kleinere künstliche Oeffnung mit nachfolgenden Ausspülungen zur Heilung zu bringen. Verschweigen will ich nicht, dass es auch Fälle mit vorwiegend schleimigem Secrete gibt, die einen äusserst protrahirten Verlauf nehmen und die Anwendung aller möglichen medicamentösen Ausspülungen gebieten. Es hängt das jedenfalls von dem Grade der Hypertrophie der Kieferhöhlenschleimhaut ab. Unter Umständen muss auch hierbei noch die breite Eröffnung der Höhle und Auskratzung ihrer Schleimhaut vorgenommen werden.

Bedingt die Natur des Falles eine breite Eröffnung und Ausräumung der Kieferhöhle, dann schlage ich folgende 2 Wege ein. Sind die Backzähne gesund, dann wird die vordere Kieferhöhlenwand ausgiebig resecirt, die Innenwand der Höhle mit den Fingern abgetastet und ihre Schleimhaut gründlich ausgekratzt. Alsdann lege ich noch an ihrer nasalen Seite eine Gegenöffnung an, indem ich mit dem abgebogenen scharfen Löffel grossen Calibers den nachgiebigsten Theil derselben durchstosse.

Ist einer oder sind mehrere obere Backzähne cariös, dann eröffne ich die Kieferhöhle durch partielle Resection ihrer unteren Wand. Es ist dieses die einfachste und leichteste Weise, eine breite Eröffnung der Kieferhöhle vorzunehmen. Mit der Knochenscheere wird zuerst am vorderen und dann am hinteren Ende des betreffenden Zahnfaches der ganze Alveolarfortsatz bis in die Höhle hinein mit einem Scheerenschlage durchtrennt, mit einer beisszangenförmigen Knochenscheere wird alsdann das dazwischen liegende Stück durchgebrochen. Die Oeffnung ist so gross, dass man mit dem Finger die Kieferhöhle abtasten kann. Auch hier lege ich an der nasalen Wand eine Gegenöffnung an.

Die Nachbehandlung ist die chirurgisch übliche. Das Hauptaugenmerk ist auf gründliche Säuberung der Nase von Granulationen, Hypertrophien etc. zu legen, ferner auf genügendes Offenhalten der beiden künstlichen Oeffnungen. Von Ausspülungen mache ich nur spärlichen Gebrauch. Sobald das eitrige Secret sich in schleimiges umgewandelt hat, lasse ich die Kieferhöhle vollständig in Ruhe und überlasse ihre Reinigung dem die beiden Oeffnungen passirenden Luftstrome beim Ausschnauben der Nase. Damit dieser Luftstrom gehörig in die Kieferhöhle eindringen und das in ihr enthaltene Secret herausbefördern kann, lege ich ausser der breiten Eingangsöffnung noch die grosse Gegenöffnung an. Aus demselben Grunde lasse ich auch keinen Obturator tragen, sondern verschliesse die Aussenöffnung nur durch leicht aufgelegte Gaze, die bei jedem Ausschnauben der Nase zu entfernen ist.

In sehr vielen Fällen muss während der Nachbehandlungszeit ein wiederholtes Auskratzen der Höhle und ein Erweitern der beiden Oeffnungen vorgenommen werden.

Bei den Patienten, die derartige wiederholte Eingriffe scheuen, ist man natürlich später auf das lästige Ausspritzen angewiesen. Ich habe indessen gefunden, dass die Kieferhöhleneiterungen, welche man in der Nachbehandlungszeit möglichst in Ruhe lässt, rascher zur Heilung tendiren als diejenigen, die täglich 2 oder 3 mal mit Ausspülungen tractirt werden.

Geheilter Fall von Gebärmutterriss.

Von Dr. *Rode* in Herrenberg.

Fälle von Gebärmutterrissen sind nicht gerade selten, so dass es fast verwegen erscheint, diese Krankengeschichte zu veröffentlichen. Der Verlauf des Falles, der mit Heilung endigte, ist aber wohl für viele Collegen interessant genug, die Veröffentlichung zu rechtfertigen.

Am 12. August Nachmittags wurde ich zu Frau R. in D. gerufen. Die Frau, III para, hoch in den zwanziger Jahren, hatte Morgens um 8 Uhr die ersten Wehen bekommen unter ziemlich beträchtlicher Blutung. Der Wundarzt des Dorfes hatte gegen die Blutung einen Esslöffel voll Mutterkorn gegeben. Da hiernach die Blutung nicht stand, war von der Hebamme die Tamponade der Scheide ausgeführt worden, welche endlich das gewünschte Ergebniss, die Blutung zu stillen, hatte.

Bei meiner Ankunft fand ich die Frau in ausserordentlich heftigen Wehen, so dass sie sich vor Schmerzen auf dem Bette hin- und herwarf. Die Gebärmutter war steinhart zusammen gezogen. Rechts oben fühlte man in einer Wehenpause kleine Theile; auch der Kopf war im kleinen Becken stehend zu fühlen. Bei der innern Untersuchung kam man rechts vorne bei handtellergross eröffnetem Muttermund auf die grosse Fontanelle. Es handelte sich also um eine Vorderscheitelbeinlage. Dicht neben dem einen Stirnbein fand sich noch ein randständiges Stück Nachgeburt vorliegend. Die Blutung stand vollkommen; die Tampons der Scheide waren schon vor meiner Ankunft von der Hebamme wieder entfernt worden. Der Muttermund war auf's Aeusserste gespannt. Bei der bestehenden Vorderscheitelbeinlage wäre es angezeigt gewesen, wenn es möglich war, die Geburt thunlichst lange dem natürlichen Verlauf zu überlassen. —

Kaum indess hatte ich meine Untersuchung beendet, als die Wehen aufhörten und die Frau im Gesicht erblassend auf ihre Kopfkissen zurücksank und alsbald heftiges Erbrechen bekam. Die äussere Untersuchung liess dann keinen Zweifel übrig, dass die Frucht die Gebärmutterhöhle durch einen Riss verlassen hatte, denn der früher fest in das kleine Becken eingekeilte Kopf liess sich dicht unter den Bauchdecken beweglich hin und her schieben und daneben links in der Mitte des Unterleibs fühlte man deutlich die kleiner gewordene gut contrahirte Gebärmutter.

Die Mutter erholte sich bald wieder. Die Geburt zu beenden, gab es unter diesen Verhältnissen nur einen Weg, die Laparotomie, zu der ich mich auch sofort entschloss. Auf die Assistenz des anwesenden 80jährigen Wundarztes konnte ich mich in keiner Weise verlassen, es wurde daher noch der College Schiler von Calw herbeigerufen, welcher nach drei Stunden um 7 Uhr eintraf. Bei Lampenlicht wurde alsdann sofort zur Operation geschritten.

Nachdem die Kreissende auf einen langen Tisch gelagert und die Bauchdecken desinficirt waren, eröffnete ich in der Linea alba durch einen Schnitt vom Nabel bis zur Symphyse die Bauchhöhle. Sofort stürzte eine grosse Menge blutig gefärbten Fruchtwassers heraus. Die Frucht selbst wurde von mir an dem zunächst vorliegendem Theile, dem Halse, gefasst und mit grösster Leichtigkeit durch die Bauchwunde entwickelt. Wie nicht anders zu erwarten, war das Kind todt. Sogleich nach Herausnahme des Kindes wurde die Nachgeburt durch einige kräftige Wehen ohne irgend welche Kunsthilfe auf natürlichem Wege geboren. Alsdann wurde zur Reinigung des Bauchfelles geschritten, die sich indess kaum nöthig erwies, weil sämmtliches Fruchtwasser in dem Raume vor der Gebärmutter geblieben war und sich schon beim Bauchschnitt nach

aussen entleert hatte, eine Blutung aber überhaupt nicht stattgefunden hatte. Sehr klein war die Wunde der Gebärmutter, kaum 2 cm lang, so dass wir lange danach suchen mussten. Sie befand sich rechts vor dem Ansatz des breiten Mutterbandes; es war eine längliche Wunde von oben nach unten, die sich in den Muttermund fortsetzte. Sodann wurde die Bauchwunde vernäht, zunächst das Bauchfell, dann einige Entspannungsnähte durch sämmtliche Bauchdecken, zuletzt die Haut. Auf die Wunde kam ein Verband mit Jodoformgaze.

Der Verlauf des Wochenbettes war recht günstig. Am andern Tage fühlte sich Frau R. recht schwach; Temperatur 38,0°. Die nächsten Tage hielt sich die Temperatur auf 38,6°, eine Höhe welche nicht überschritten wurde. Vom achten Tage an war die Temperatur normal. Am 28. August bekam Frau R. einen Anfall von Herzschwäche, der nach einigen Gaben Alkohol bald vorüberging. Die Heilung der Bauchwunde wurde nur dadurch gestört, dass einige Nähte des Bauchfells eiterten und erst nach fünf Wochen entfernt werden konnten. Es hatte dies aber nicht den geringsten Nachtheil für das Allgemeinbefinden der Kranken, welche am 7. Oktober geheilt aus der Behandlung entlassen werden konnte.

Es bleibt nun noch die Frage zu erörtern, wodurch der Einriss in den Muttermund entstand und ob und auf welche Weise er etwa vermieden werden konnte. Bei der ersteren Frage ist vorzugsweise die grosse Gabe von Mutterkorn, es mögen wohl 5,0 gewesen sein, zu beschuldigen. Für dies Mittel lag hier auch nicht die geringste Anzeige vor, denn der Zweck, den der Wundarzt erreichen wollte, die Blutung aus der randständig vorliegenden Nachgeburt zu stillen, konnte durch Mutterkorn nicht erzielt werden. Die Wirkung des Mittels wurde aber dadurch unheilvoll, dass es vorzugsweise auf den Muttermund wirkte und diesen zur äussersten Spannung brachte. Wehen verstärkend mag auch noch die Tamponade gewirkt haben, die aber, um die Blutung zu stillen, nicht unterlassen werden konnte. Ferner aber wurde die Spannung durch die ungünstige Lage — vordere Scheitelbeinlage — bei nicht ganz normalem Becken begünstigt. Das Becken war etwas platt; immerhin aber hatte die Frau ihre ersten zwei Geburten ohne Kunsthilfe, wenn auch schwer, überstehen können, so dass ich glaube, dass auch diese Geburt trotz ungünstiger Lage, wenn man sich auf die Tamponade beschränkt hätte, ohne Kunsthilfe hätte vorübergehen können; höchstens wäre es nöthig geworden, die Zange anzulegen, sobald der Kopf im Beckenausgang stand.

Die zweite Frage ist unbedingt zu verneinen. Ich kam zu spät, das Unglück zu verhüten. Denn kaum hatte ich die Frau untersucht und mich über die Lage unterrichtet, so war der Einriss der Gebärmutter schon erfolgt. Wäre ich indess noch zur Zeit gekommen, um irgend eine Operation zur Verhütung des Unfalls vornehmen zu können, so wäre nur die Verkleinerung des kindlichen Kopfes angezeigt gewesen. Eine Zange anzulegen, wäre bei dem hohen Stande des Kopfes sehr schwierig, auch bei der ungünstigen Lage nicht angezeigt gewesen. Ausserdem hätte die Zange die Spannung des Muttermundes vergrössert, statt sie herabzusetzen und man hätte gerade dadurch das Unglück des Einrisses, das man verhüten wollte, herbeigeführt. Aehnlich verhielt es sich mit der Wendung, an die man zur schnelleren Beendigung der Geburt hätte denken können. Auch hier hätte die neben dem Kopfe eindringende Hand die Spannung des Muttermundes nur vermehrt und dadurch die Möglichkeit des Einrisses des Muttermundes begünstigt, wenn man absehen will von der Schwierigkeit, in einen den kindlichen Kopf krampfhaft fest umschliessenden Muttermund mit der Hand einzugehen.

Der Fall ist wieder einmal ein Beispiel, wie vorsichtig man sein soll, einer Kreissenden während der Geburt, namentlich ehe der Muttermund genügend erweitert ist, Mutterkorn zu verordnen. Sollte er andererseits einen Collegen, der in der Landpraxis in eine entsprechende Lage kommt, ermuthigen, alsbald zur Laparotomie zu schreiten, so ist der Zweck dieser Zeilen erreicht.

Zur Casuistik der Gelenkmetastasen bei der Gonorrhöe.

Von Dr. *Wolff*.

Einen gewiss ganz exquisit seltenen Beitrag zur Casuistik des Tripperrheumatismus lieferte mir jüngst die Praxis.

Der Fall und sein Verlauf ist kurz folgender:

Es handelt sich um ein fünf Monate altes Kind in normalen Ernährungsverhältnissen. Das rechte Kniegelenk ist stark geschwollen und es lässt sich reichliches Exsudat in ihm nachweisen. Starke Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen. Die Gegend des IV. Metatarsophalangealgelenkes ist ebenfalls geschwollen und leicht geröthet. Die übrigen Gelenke sind frei. Die weitere Untersuchung stellt eine intensive Vulvitis mit reichlicher purulenter Secretion fest. Im Secrete waren Gonococcen mit Sicherheit zu identificiren. Der Grund der Erkrankung ist ganz zweifellos in der bei beiden Eltern bestehenden, nach langem Zögern zugegebenen Gonorrhöe zu suchen, die, wie gewöhnlich bei uns in solchen Fällen, der Vater von einem Hamburger Kurpfuscher, die Mutter, da, wie sie mir mit naiver Indolenz erklärte, sie schon öfter am Weissfluss gelitten hätte, gar nicht behandeln liess. Nach etwa 3 Wochen langem Bestand waren die Erscheinungen bis auf eine leichte Schmerzhaftigkeit im Kniegelenk zurückgegangen.

Die Ansicht, dass Gonorrhöe durch Gelenkmetastasen mit fast den gleichen Erscheinungen, wie die Polyarthritis rheumatica sie aufweist, complicirt werden kann, ist im Allgemeinen wohl kaum mehr bestritten. Doch hat in neuerer Zeit Gläser dagegen seine Stimme erhoben, indem er behauptet, dass das Zusammenvorkommen von Gelenkerkrankungen rheumatischer Art und Gonorrhöe rein zufälliger Natur wäre. Nun ist bei Kindern unter einem Jahr Gelenkrheumatismus erst in einer ganz geringen Anzahl von Fällen bekannt geworden, und ich glaube, es liegt näher und ist ungezwungener im vorliegenden Falle, für die Gelenkerkrankung die Tripperinfection verantwortlich zu machen, als zu behaupten, dass hier zufällig bei einem Tripper Gelenkrheumatismus oder bei einem Gelenkrheumatismus Tripper aufgetreten sei.

Eine Anekdote aus dem Gebiete des unbewussten Seelenlebens.

Von Prof. Dr. *Reubold* in Würzburg.

Dieselbe betrifft, was vorausgeschickt werden muss, ein Brautpaar; ein solches dürfte wegen der starken Concentration seines Seelenlebens auf sich selbst und bei dem fehlenden Interesse für mannigfache äussere Verhältnisse seiner Umgebung zu dem Vorgange, der mitgetheilt werden soll, besonders geeigenschaftet sein. Herr X. also besucht eines Tages seine Braut für kurze Zeit; man liest einige Gedichte zusammen und erinnert sich dabei plötzlich, dass noch ein gemeinsamer Brief für Danksagungen geschrieben werden müsse. Rasch wird nun der Tisch abgeräumt, um Papier und Schreibzeug aufnehmen zu können; bei dieser Gelegenheit ward auch eine Taschenuhr mit hinweggenommen. Der Brief fesselte um so mehr die Aufmerksamkeit des Paares, als ein Spaziergang angesagt worden war. Nach der Rückkehr von diesem dachte man endlich an die Uhr, die von der Braut bei ihrer Toilette vermisst wurde und forschte nun eifrig, ja endlich unter einiger Aufregung nach derselben auf allen Möbeln, in Schubladen, Kästchen, hinter Geräthen, kurz, an allen möglichen und unmöglichen Plätzen — vergebens. Sie blieb auch bei ferneren Nachsuchungen verloren und man gewöhnte sich schon an den Gedanken dieses Verlustes, so unerklärlich er sein mochte, da ein Diebstahl nicht in Frage kommen konnte. Siehe da! Nach etwa einer Woche langte ein Brief von Herrn X. mit der frohen Botschaft ein, die Uhr sei gefunden; er habe in verflossener Nacht geträumt, sie stecke in der äusseren Brusttasche seines Rockes, und — richtig — da sei sie auch gewesen, der Traum habe nicht getäuscht.

Demnach war ein Vorgang, der zwar im bewussten Seelenleben doch lediglich mechanisch und ohne alle Aufmerksamkeit sich abgespielt hatte, der unmittelbar nachher vergessen und auf längere Tage hin, ja wohl für immer für das Bewusstsein völlig verloren gegangen war, aus der Tiefe des Unbewussten unvermittelt, aber mit concreter Sicherheit wieder aufgetaucht. Bekanntermassen träumen wir nicht selten von Dingen und Thatsachen, die weit zurückliegen in unserem Leben — die Examens-Träume — und selten oder nie im wachen Zustande reproducirt werden; dieselben sind indess nicht eigentlich vergessen, da sie auf Besinnen in unserem Gedächtnisse als noch vorhanden gewusst werden, wobei freilich das frühere Erlebniss nicht mit jenem Gemüthszustande bewusst zu werden pflegt, der ihm seiner Zeit anhaftete und der lebendig auch im Traume wieder auftritt. Im

vorliegenden Falle war das Factum jedoch für die bewusste Erinnerung völlig ausgelöscht, wie dies ja beim Weglegen eines Gegenstandes (z. B. «Verlegen» eines Schlüssels) nicht selten ist.

Die kleine Anekdote hat vor vielen anderen den bemerkenswerthen Vorzug, dass sie in allen Einzelheiten, besonders in dem Vergessen trotz eifrigen Besinnens unmittelbar nach dem Vorgange und für längere Zeit nachher, und in dem Wiedererinnern durch den Traum — nicht etwa bloss während eines Halbschlafes — wahr ist. Einsender bürgt dafür.

Feuilleton.

Bemerkungen zur neueren medicinischen Literatur.

Gelegentlich des Todes des Philologen Martin Hertz war unter seinen vielen Schriften eine kleine Abhandlung aus dem Jahre 1849 erwähnt mit dem verlockenden, etwas dunkeln Titel: «Ein philologisch-klinischer Streifzug». Ich muss gestehen, enttäuscht gewesen zu sein, als ich in dem «klinischen» Streifzug im wesentlichen bloss textkritische Auslassungen, aber Medicin nur insofern entdeckte, als die Gelegenheitsschrift einem Kliniker, dem Neuropathologen M. Romberg, gewidmet ist und da und dort Ausdrücke wie curiren, Diagnose u. s. w. in Anwendung zieht. Der Gedanke lag nahe, einen kleinen Spaziergang durch die neuere medicinische Literatur zu unternehmen, wenn man so will, einen «medicinisch-philologischen Streifzug», mit welcher Bezeichnung auch die mehr zufällig, in gelegentlicher Lectüre gesammelten Ergebnisse übereinstimmen dürften. Vollständigkeit war weder beabsichtigt, noch möglich; sie hätte den Vorwurf der Pedanterie unmittelbar heraufbeschworen, dem der Verfasser bei manchen seiner Fachgenossen so wie so begegnen wird. Einstreuungen historischen oder literar-historischen Inhalts werden keine allzugrossen Abschweifungen vom eigentlichen Thema darstellen und dürften als naheliegende Ergänzungen da und dort am Platze sein.

Wenige wissenschaftliche Nomenclaturen, ausgenommen etwa die zoologische und botanische, sind so mit Eigennamen belastet, wie die medicinische, nicht gerade zur Freude des Lernenden. Sömmerring und nach ihm Henle haben, wenigstens für die anatomische Disciplin, die Unzulänglichkeit derartiger Benennungen nachdrücklich betont und schon um ihrer Ungerechtigkeit willen getadelt, denn sie sind nicht immer nach der Seite des wahren Verdienstes gefallen. Um nur ein Beispiel anzuführen: der grosse Reformator der Anatomie, Andr. Vesalius, erscheint nur in einigen untergeordneten, dazu noch wenig gebrauchten, anatomischen Benennungen: im Foramen Vesalii = Emissarium sphenoideum, in den gelegentlich vorkommenden «Vesal'schen Sesambeinen» der Ursprungssehnen des Musc. gastrocnemius (Hyrtl, Lehrbuch der Anatomie, 10. Aufl., p. 492) und endlich in dem Ligamentum Vesalii, wie das meist nach Poupart genannte, aber auch schon von Falloppia gut beschriebene Leistenband ausnahmsweise einmal heisst. Eines höchstens ist dieser Art von Nomenclatur nachzurühmen: sie unterhält, wenn auch in schwächlicher und zufälliger Weise, das Andenken an einzelne um unsere Wissenschaft hochverdiente Männer. Wer würde sonst noch in unserer, geschichtlich-medicinischen Studien abholden Zeit von einem Herophilus, einem Eustacchio und Falloppia, einem Willis oder Hunter wissen?

Wenn aber Otto Abel in seinem Büchlein: «Die deutschen Personen-Namen», Berlin 1853, sagt: «das eigenste, was der Mensch besitzt, das ist sein Name», so wird dies Eigenthum nicht immer respectirt. Blosse «Schreibfehler» lassen wir beiseite und beschränken uns auf gewisse, System verrathende, Irrungen, wie sie unsere Literatur darbietet. In freier Nachbildung der Morgagni'schen Hydatide und ähnlicher Bezeichnungen muss man — häufig genug — von Bartholini'schen Drüsen lesen (Archiv für Gynaekologie, 45. Bd., p. 475 und 476, Archiv für Dermatologie und Syphilis, 29. Bd. 1894, p. 363; Deutsche medicinische Wochenschrift 1894, p. 680; Roth's Klinische Terminologie, 4. Aufl., p. 63; Dornblüth's, sonst sorgfältiges «Wörterbuch der klinischen Kunstausdrücke», 1894, p. 18); dann auch von Haversi'schen Kanälchen (Handbuch der spec. Therapie innerer Krankheiten, V. Bd., p. 216 u. 217 bei den Figuren, nicht aber im Text), von Fowleri'scher Arseniklösung (Zeitschrift für klinische Medicin, 28. Bd., p. 271), und so sind ein Däne und zwei Engländer glücklich zu italienischer Namensendigung gekommen. Andere Male werden latinisirte Namen durch unbefugte Ausstossung der Endsilbe oder Anbringen des unnützen Apostrophs in ähnlicher Weise geändert: Sylvi'sche Wasserleitung und Furche (Hyrtl, l. c. p. 781 u. 786), Rivini'sche Gänge (R. Sy, die Eigennamen in der medicinischen Nomenclatur, Jenenser Dissertation 1887, p. 58), Paracelsi'sche Schriften (G. Kahlbaum, Theophrastus Paracelsus. Vortrag, Basel 1894 p. 24). Die Albini'schen, übrigens auch von Cruveilhier u. a. erwähnten Körperchen, noduli am Rande der Atrio-Ventricular-Klappen, sind von Guiseppe Albini 1856 genauer beschrieben (Wochenblatt der Zeitschrift der Wiener Aerzte, No. 26) und nicht etwa nach dem ausgezeichneten Leydener Anatomen, B. S. Albinus (1697 — 1770) benannt. Aus dem Dänen Niels Stensen, der sich auch Nicolaus Steno oder Stenonis nennt (vergl. z. B. seine Widmung an Friedrich III. von Dänemark in der Schrift «de musculis et glandulis etc.») macht Sy (l. c. p. 64) einen Stenoni und spricht von Stenoni'schem Gang, der Franzose Pierre Tarin († 1761) wird zu Tarini. Wie aber der «Amtsarzt und Operateur» Palm in Ulm, der unter den ersten die Resection einer Unterkieferhälfte im Jahr 1820 ausführte (Gräfe's und Walther's Journal für Chirurgie und Augenheilkunde, IX. Bd., Heft 4, 1827, p. 595) zu dem Namen Palmi kommt (Häser, Lehrbuch der Geschichte der Medicin, 3. Bearbeitung, 2. Bd., p. 978), ist schwer erklärlich. Vielleicht bloss ein Setzerversehen, da im Text dem Namen ein «i» folgt. Aber auch das Register verzeichnet den merkwürdigen Namen. Besonders befremdlich wirken diese Aenderungen der Namen, wenn diese trotz italienischer Endung, wie es bei mehreren der oben erwähnten der Fall ist, Laute enthalten, welche das italienische Alphabet gar nicht kennt, wie th, w, (x), y. Erwähnt mag übrigens werden, dass es in Grenoble in der That einen Arzt Sylvi († 1844) gegeben hat. — Hinwiederum kann, wie zur ausgleichenden Gerechtigkeit, gelegentlich ein Italiener in andere (französische) Form gegossen werden: Roland'sche Furche (Fortschritte der Medicin 1892, p. 1012), oder es wird der Engländer Francis Glisson in einen Franzosen François Gl. (Sy, l. c. p. 24) verwandelt. Verzeihlich bis zu einem gewissen Grad ist ein solches Quidproquo, wenn gleichlautende, etwa französische und italienische Namen in Frage kommen — in der That hat z. B. Sy (l. c. p. 5) den durch die Ossicula und Columnae Bertini bekannt gewordenen Anatomen Exupère Joseph Bertin d. Vater (1712—1785; schrieb «sur les cornets sphénoidaux et la structure des reins» 1744) mit dem ungefähr gleichzeitigen Florentiner Guiseppe Maria Saverio Bertini verwechselt — oder wenn im Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1894, p 792 zweimal von Littré'scher Hernie gesprochen wird, also der 1726 gestorbene Alexis Littre mit dem verdienten medicinischen Schriftsteller und Lexikographen Max. Paul Émile Littré (1801—1881) zusammengeworfen ist. Die Roth'sche Terminologie (s. o.) weiss gar von Hernia litterana und von Litter'schem Bruch zu erzählen. Selbstverständlich müssen sich auch (englische) auf *s* endende Namen gefallen lassen, dass ihnen dasselbe als Genitiv-S angerechnet wird, und man liest demgemäss William's Trachealton (Sy, l. c. p. 62 u. 74), William'scher Trachealton (Sahli, Lehrbuch der klinisch. Untersuchungs-Methoden 1894, p. 475 u. 476), Stoke's Liniment (Sy, l. c. p. 64).

Aber auch in anderem Sinne kommen die unglaublichsten Verwechslungen vor und wieder trägt hiebei Sy mit seiner Dissertation die Palme davon. Es wird da verwechselt: der im 17. Jahrhundert lebende Cecilio Folio (Processus longus s. Folianus mallei) mit Professor Fol in Genf, Joh. Conrad Brunner, der Beschreiber der Brunner'schen Drüsen im Duodenum (1687) mit einem Dr. Conrad Brunner in Zürich, der allerdings sonst weniger bekannte, früh gestorbene Wiener Anatom Joh. Ludwig Gasser, dessen Namen nach seines Schülers Anton Balthasar Raymund Hirsch Vorgang (Paris quinti nervorum encephali disquisitio anatomica, Viennae 1765) das ganglion semilunare des Quintus (früher Taenia nervosa genannt) trägt, mit E. Gasser in Marburg, Hermann Treschow Gartner (1785—1827), nach dem die Urnierengänge einiger Säuger als Gartner'sche Kanäle benannt sind (die betreffende dänisch geschriebene Abhandlung aus dem Jahr 1822 in den Vidensk. Selskab. naturvidenskab. og mathemat. Afhandlinger), mit dem Tübinger Chirurgen Karl Friedr. Gärttner (1786—1833). Hirsch's oben genannte Inaugural-Abhandlung ist wieder abgedruckt in Christ. Friedr. Ludwig: Scriptores neurologici minores selecti. Tomus I Lipsiae 1791. Es heisst dort bei der Explicatio tabulae auf p. 262: «Ganglion semilunare seu ab Inventore interioris ejus fabricae Gasserianum imposterum dicendum». Wrisberg in seinen «Observationes anatomicae de quinto pare nervorum encephali», Goettingae, 1777 verwendet den Namen neben der ihm mehr zusagenden Bezeichnung Intumescentia semilunaris. Die Caro quadrata Sylvii («caput plantare flexoris digitorum pedis communis longi») wird wohl richtig entgegen Sy (l. c. p. 65) auf den Pariser Anatomen Jacques Dubois (1478—1555) zurückgeführt, der sich eingehender mit den Muskeln beschäftigt hat, auch als der erste Nomenclator derselben gilt. Bei dieser Gelegenheit sei bemerkt, dass Hyrtl (l. c. p. 38) den Jacobus Sylvius 1417 geboren sein lässt, auf der folgenden Seite aber ihn als Lehrer des 1514 geborenen Vesal nennt. Die Fossa Sylvii ist nach des Thomas Bartholinus Darstellung (Anatomia . . . tertium . . reformata. Lugd. Bat. und Roterod. 1669 p. 319) auf «Fr. Sylvius, anatomicus magnus», also Franz de le Boë (1614—1672) zurückzuführen, ausdrücklich ist dort von der «anfractuosa fissura» die Rede, auch der Aquaeductus heisst nach diesem Sylvius, der die Gehirnanatomie sehr wesentlich bereichert («in cerebri sectione versatissimus» Bartholin p. 313) und namentlich auch die Venen-Sinus und Ventrikel des Gehirns genauer beschrieben hat. Hyrtl (l. c. p. 38) legt also irrthümlicher Weise dem älteren Pariser Anatomen die Fossa Sylvii bei. Vom Ossiculum lenticulare Sylvii am langen Fortsatz des Ambosses sagt Bartholin (l. c. p. 493): quartum os auditus invenit nobisque monstravit Franciscus Sylvius etc. Nach Sprengel (Geschichte der Arzneikunde. 4. Theil 2. Aufl. 1801 p. 266) ist dies um das Jahr 1640 geschehen.

Sy lässt sich die Gelegenheit nicht entgehen, Autoren gleichen Namens, wenn sie in einem verwandtschaftlichen Verhältniss zu einander stehen, mit einander zu verwechseln; so tritt an Albr.

v. Gräfe's Stelle — Gräfe'sches Symptom — sein Neffe Alfr. Gräfe, der Hallenser Ophthalmologe, auf pag. 2 sind J. Arnold — Ganglion Arnoldi — und Joh. Heinr. Ferd. Autenrieth — Cataplasma ad decubitum Autenriethii, erstmals beschrieben in Tübinger Blätter für Naturwissenschaften und Arzneikunde II. Bd. 1815 pag. 383 — mit ihren Söhnen verwechselt und auf pag. 20 ist die Fehling'sche Lösung einem «Stabsarzt in Stuttgart» zugeschrieben, also auch dem Sohn, wenn anders unter dem Stabsarzt der jetzige Hallenser Gynäkologe gemeint ist. Umgekehrt verfällt Sy (p. 3) auf den älteren Caspar Bartholinus (1585—1629), während sowohl für die Glandulae Bartholinianae, als auch beim Ductus Bartholinianus Caspar der Enkel (1655—1738) in Betracht kommt. Freilich hat vor letzterem der Leipziger Professor Aug. Quir Rivinus (1679) die Priorität der Entdeckung des Ductus sublingualis, den er 3 Jahre vor Bartholin sah und besser als dieser beschrieb.

Eine gewisse Unsicherheit herrscht in den Bezeichnungen Angulus und Angina «Ludovici». Jedenfalls handelt es sich um zwei ganz verschiedene Persönlichkeiten und nur Sy (l. c. p. 41) wirft alles durcheinander und spricht sogar von einem Ludwig'schen Winkel. Zunächst hat der Staatsrath und Leibarzt Wilh. Friedr. Ludwig (1780—1865) im «Medicinischen Correspondenzblatt des württembergischen ärztlichen Vereins» VI. Bd. 1836 p. 21 «über eine Form von Halsentzündung» (laut Register) geschrieben, die auch von anderen Aerzten Württembergs in jener Zeit häufiger beobachtet und beschrieben wurde, fast gleichzeitig mit Ludwig von Theurer (Corresp.-Blatt 1836 p. 33). F. J. Rosenbach lässt in Penzoldt-Stintzing's Handbuch der speciellen Therapie IV. Bd. p. 64 den Namen Ludwig'sche Angina von Camerer (1837) herrühren, augenscheinlich verleitet durch den unrichtigen Titel, den Fr. König in seiner Abhandlung: «Die entzündlichen Processe am Hals» 1882 p. 1 (Deutsche Chirurgie Lieferung 36) dem Camerer'schen Aufsatz (Band VII No. 10 des Corresp.-Blattes) gibt. Erstmals finde ich eine dementsprechende Bezeichnung in einem kleinen Aufsatz von Cless (Corresp.-Blatt IX 1839 p. 24): «Ein Beitrag zur Ludwig'schen Halsentzündung». Es würde sich gewiss empfehlen, für diese Affection, wenn man nicht eine andere Bezeichnung vorziehen will, den Namen Angina s. Phlegmone Ludwigii zu gebrauchen, sowie, beiläufig bemerkt, die Botanik auch einen Saccharomyces Ludwigii *(Hansen)* kennt, nach Prof. Friedr. Ludwig in Greiz benannt. Ohnedies hat König in seiner erwähnten Abhandlung keine andere Bezeichnung, als Angina Ludwigii, gewählt. Im erwähnten Handbuch der speciellen Therapie spricht der officielle Bearbeiter des Gegenstandes, Rosenbach, durchweg von Angina Ludovici, an anderer Stelle aber (II. Bd. III. Abth. p. 273) Angerer, der richtigen, z. B. auch in Eulenburg's Encyklopädie vertretenen Lesart viel näher kommend, von Angina Ludovigii. Die übergrosse Mehrzahl neuer und älterer Lehr- und Handbücher: Niemeyer, Strümpell, Jürgensen, Dornblüth (Compendium und Wörterbuch) etc. schreibt Angina Ludovici. Nun hat aber J. Fr. Conradi in seiner Dissertation: Ueber die Lage und Grösse der Brustorgane, der Leber und Milz etc. (Giessen 1848 p. 3) den beim Einsinken der oberen Brustpartien besonders hervortretenden Sternalwinkel mit Beziehung auf den (kaum anders zu latinisirenden) Pariser Kliniker Pierre Charles Alexandre Louis (1787—1872) als Angulus Ludovici bezeichnet. Eine Unterscheidung beider Autoren erscheint aber durchaus geboten. Die Franzosen nennen die Ludwig'sche Angina, soweit sie nicht Bezeichnungen wie Angine sous-maxillaire infectieuse (Tissier) oder Phlegmon sublingual (Delorme u. a.) gebrauchen, richtig Angine de Ludwig (vergl. z. B. Demoulin in Archives générales de médecine 1894. Février).

Oft besteht eine gewisse Sucht, die Namen und ihre Schreibweise willkürlich zu verfeinern. So fasse ich es wenigstens auf, wenn Sömmerring (aus Semmelring entstanden) zu Sömering abgeschwächt, Fraunhofer zu Frauenhofer erweitert, Reyl statt Reil (Sy l. c. p. 57 und 64), Beaudelocque statt Baudelocque (Zweifel, Lehrbuch der Geburtshülfe 1887 p. 102 und 103, in den neueren Auflagen übrigens verbessert), Tierfelder (nach moderner Orthographie) statt Thierfelder (Raiser, Fall von acuter gelber Leberatrophie, Tübinger Dissertation 1895) geschrieben wird, wenn in der «Bibliothek der gesammten medicinischen Wissenschaften» (Interne Medicin II Bd. p. 14) vom «Starhemberger-See» die Rede ist oder in einem Bericht über die Wiener Naturforscherversammlung (s. Wiener medicinische Wochenschrift 1894 p. 2193) vom «Rhomberg'schen Symptom» gesprochen wird. Rhomberg hiess, wie ich kürzlich in einer Zeitung las, im vorigen Jahrhundert ein berühmter, aus der Münchener Gegend stammender — Damenschneider in Paris, dem vielleicht sein schlichter Name nicht mehr genügte. Weniger in diese Kategorie dürften gehören die Umänderung des Valescus de Taranta in einen Valesco von Tarent (Kormann in Gerhardt's Handbuch der Kinderkrankheiten, Nachtrag I p. 14), oder die 5 mal auf einer Seite (Centralblatt für innere Medicin 1894 p. 77) prangenden pilulae «Blandii» oder endlich die abweichende Schreibart gewisser berühmter Namen, als da sind Hyrtel, Henlen und Hänle, Choppart (Walcher. Senkung und Vorfall von Scheide und Gebärmutter 1857 p. IX, 9, 13, 39). Das grossartigste in dieser Richtung hat aber Hergott in seiner französischen Uebersetzung des bekannten, in Deutschland vollständig vergriffenen E. C. J. v. Siebold'schen Werkes: Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe, geleistet. Es genügt, auf die keineswegs erquickliche Blumenlese hinzuweisen, die H. W. Freund in seiner Kritik der sogenannten Uebersetzung gegeben hat (Berliner klinische Wochenschrift 1893 p. 1180 u. 1228).

In früheren Zeiten verfuhr man in diesen Dingen noch viel sorgloser. Dafür zwei berühmte Beispiele. Es gibt ein seltenes Büchlein, eine deutsche Uebersetzung der Hutten'schen Schrift: de Guajaci medicina et morbo Gallico, in welchem der Uebersetzer, der zweifellos «hochgelerte herr Thomas Murner, der heiligen Geschrifft und beider rechten Doctor» kalten Blutes «Kriechen» schreibt, er, der doch gewiss von den Griechen genug wusste und gelesen hatte, freilich möglicherweise auch von einem ungebildeten Drucker schlecht bedient worden ist. Und der grosse Friedrich lässt in seiner Schrift: de la littérature allemande Berlin 1780 kaum einen ausländischen Namen unversehrt und schreibt «Schakespear» (2 mal auf p. 47), ferner «Ticho-Brahé» (p. 51), «Neuton» (p. 52) u. s. f. So kann man es auch der Naivetät einer ungelehrten Zeit zu Gute halten, wenn z. B. der Vläme Yperman vom «Ypocras» spricht oder Hieronymus Brunschwig sich auf «Rasis» und seinen «lieben Vatter Ypocras» beruft. Aber in neueren Schriftwerken nimmt sich der verstümmelte Hippokrates gar schlecht aus und selbst richtet sich ein Satz wie der: «es soll unbeachtet bleiben, wie viele humanistisch gebildete Mediciner Hypokrates lesen können, oder überhaupt auf den Gedanken kommen, ihn zu lesen» (Jul. Lewin in einem Aufsatz: «Die Reform des medicinischen Unterrichts in «die Gegenwart» vom 31. März 1894). Er wird nur übertroffen vom Folgenden: «wer heute ein Buch aus diesen Zeiten liest, findet es seinen Anschauungen entfernter liegend, als die Werke des Hypocrates oder Celsius» (Wiener medicin. Wochenschrift 1895 p. 400). Eine gewisse Betrübniss aber überkommt den, der da lesen muss: «Der alte Spruch Galens (!!): quod medicamenta non sanant etc.» (Deutsche medicinische Wochenschrift 1890 p. 810). Und wenn der Autor den Altmeister und seine Aphorismen und den ungefähr bekanntesten derselben (VIII, 6), schon als Motto zu Schiller's Räubern der Vergessenheit entrissenen, nicht kennt, so mag er sich von dem Collegen belehren lassen (l. c. — D. med. W. — 1890 p. 336), der es für nöthig findet, zu schreiben: »der altgriechische Arzt Hippokrates, der 400 Jahre v. Christus lebte»

Wie wohlthuend wirkt solch' unsolidem Halbwissen gegenüber sorgfältige Arbeit, beispielsweise die hübsche und verlässliche, alphabetisch angeordnete Zusammenstellung, die unter dem Titel «zur Onomatologia medico-historica» (Münchener medic. Wochenschrift 1890 Nr. 23 ff.) J. Ch. Huber veröffentlicht hat. Vermisst habe ich nur einige neuere Bezeichnungen, so Brinton'sche Krankheit = Cheadle-Barlow'sche Krankheit = acute Rachitis mit skorbutischen Symptomen = Möller'sche Krankheit = Osteopathia haemorrhagica infantum (Conitzer), die malattia di Concato = poliorromenite acuta maligna, Little'sche Krankheit, bestehend in spastisch-paralytischen Affectionen der Unterextremitäten bei Kindern, Morton's painful affection of the foot = Metatarsalgie (Thomas G. Morton. Amer. Journal of med. Sciences N. S. Vol. 71 1876 p. 37), die Maladie de Pavy = cyclische Albuminurie (The Lancet 1885 II. p. 706), maladie de Stokes-Adam = permanent verlangsamter Puls mit Ohnmachtsanfällen, Glénard'sche Krankheit = Enteroptose, Klumpke'sche Lähmung = Lähmung der unteren Armmuskeln mit Lähmung der oculopupillären Fasern des Halssympathicus (Mad^lle A. Klumpke, Revue de médecine 1885). Brodie's Disease, nach der sich Huber am Schluss des genannten Aufsatzes erkundigt, ist eine «gelatinöse Degeneration» der Synovial-Membran des Knie-Gelenkes (s. z. B. Will. Fergusson, practical surgery. 5th Edit. 1870 p. 181). Erstmals beschrieben ist sie in Benj. Brodie's Observations on the Diseases of the joints. Chapter III (wieder abgedruckt in «Works» Vol. II. London 1865 p. 167 ff.). — Der von Huber gesuchte Harrison (Harrison's Furche am Thorax) ist nach Walshe (practical treatise on the diseases of the lungs 3. Edit. 1860 p. 177) Edwin Harrison, von dem ich nichts aufzufinden vermag, als eine Pariser These von 1825: Propositions de médecine. Doch kann ich in den 35 kurzen, auf 6 Seiten untergebrachten, aphoristischen Sätzen nichts auf diesen Gegenstand bezügliches entdecken.

Von dem Capitel der Eigennamen soll nicht Abschied genommen werden, ohne auf eine recht geschmacklose Neuerung aufmerksam gemacht zu haben, ich meine auf Krankheitsbezeichnungen, wie Bartholinitis, Tenonitis, Descemetitis, Daltonismus. Wenn die Physik für einzelne Apparate und Vorrichtungen als kurze Schlagwörter den Namen der Erfinder wählt, oder von Ohm, Mill-Ampère u. dgl. spricht, so mag es noch hingehen; wenn man aber einen Namen sich entzünden lässt und mit der famosen Endung «itis» versieht, so ist dies sprachliche Gewaltthat. Man schreibe doch Adenitis Bartholiniana, meinetwegen auch Capsulitis Tenoni u. ähnl. Vielleicht lassen die nach «Prägnanz» des Ausdrucks Strebenden mit Peyeritis, Schneideritis, Highmoritis nicht mehr allzu lange warten.

Die willkürliche Handhabung des Geschlechts fremdsprachlicher Substantive soll mit ein paar Worten gestreift werden. Der etwaige Vorwurf der Schulmeisterei, über die ein Mediciner erhaben sein sollte, darf nicht davon abhalten, um so weniger, als bei manchen ein Hinweis auf den Fehler zur Ablegung desselben genügen dürfte. Völlig eingebürgert ist «der» Cervix. Fast alle Gynäkologen und Anatomen, Schröder, Beigel, Luschka, Henke, auch der als guter Lateiner bekannte Hyrtl (l. c. § 314) schreiben «der cervix», «im cervix» etc. Spiegelberg, der ein Programm «de cervicis uteri in graviditate mutationibus etc. Regimonti 1865 verfasst hat,

schreibt ebenfalls im «Lehrbuch der Geburtshilfe» »der» Cervix; der spätere Bearbeiter des Buches, Wiener, hat ihn verbessert. Auch bei Winckel, Prochownik und einigen anderen finde ich das richtige Geschlecht gesetzt. Villaret's Handwörterbuch I p. 292 lässt sich durch den Beisatz: «ital cervice f.« nicht abhalten, den betreffenden Artikel einzuleiten: «Cervix, der [lat]» und consequent «der» zu schreiben. In älterer Literatur stösst man auf Ausdrücke, wie cervix obstipa = caput obstipum, cervix rigida = der rheumatische steife Hals, cervix uteri producta = der verlängerte (und hypertrophische) Gebärmutterhals. — Auffällig ist, dass ein so korrektes Buch wie Krause's Anatomie 3. Auflage II. Bd. auf p. 461 zwar richtig Appendices epiploicae, p. 491 aber appendix epididymidis vesiculosus schreibt — im Register (p 969) stehen sie friedlich neben einander —, aber noch auffallender erscheint mir, dass der massgebende neue Codex der Anatomen: W His, die anatomische Nomenclatur, Leipzig 1895, auf p. 55 beim Intestinum crassum die Appendices epiploicae verzeichnet, auf der folgenden Seite aber von Appendix fibrosus hepatis spricht. Dagegen ist es zweifellos richtig, wenn Wunderlich, Geschichte der Medicin, Stuttgart 1859 p. 70 Vesalius «den» fornix (cerebri) entdecken lässt, aber wiederum falsch ist es, «die muttermundförmige Apex» zu schreiben, wie es in Villaret's Handwörterbuch Bd. I p. 390 im Artikel Intussusception geschieht. «Ein schwerer Pyosalpinx» steht Münchener medicinische Wochenschrift 1895 p. 1141 und in ähnlicher Weise sagen die Franzosen le purpura, le choléra. Dass die in Gedanken neben den lateinischen Ausdruck gestellte deutsche Uebersetzung den fehlerhaften Artikel bedingt (für die genannten Beispiele Hals, Anhang, Spitze), erscheint deutlich und so mögen auch diejenigen, die von «der» Thymus reden, in Gedanken Drüse anfügen. Eine femininische *θυμος* gibt es im Griechischen nicht, dagegen zwei maskulinische (s. hierüber auch Hyrtl's lehrreiche «Onomatologia anatomica» Wien 1880 p. 544) Da darf man es noch als einen glücklichen Zufall erachten, dass ganz allgemein das Pancreas und der Uterus gesagt wird. Virchow rügt in seinem Artikel «Barbarismen in der medicinischen Sprache» (Archiv 91 Bd. 1883 p. 1) mit Recht den fehlerhaften Artikel, den die deutschen Mediciner einigen aus dem Französischen in die Kunstsprache übernommenen, übrigens entbehrlichen Worten, Contour, Plaque, geflissentlich vorsetzen. An was der Autor gedacht hat, welcher «das Aurikel» schreibt (Zeitschrift für klinische Medicin 21. Bd. p. 159), an das Herzohr oder gar noch etwas anderes, ist schwer zu sagen. Wenn Villaret's Handwörterbuch (I, 771) in einem Artikel Gymnema silvestre und dann G. lactifera schreibt, das Wort aber von *γυμνός* und *τὸ νῆμα* (der Faden) ableitet, so ist die zweite Benennung ebenso falsch, als die Aufschrift «folia Gymnemae silvestr.» statt Gymnematis, wie im «Katalog der Drogen-Sammlung von Bruckner, Lampe & Co.» Berlin 1892 unter No. 1049 zu lesen ist. Dass der Plural von Scolex (*σκώληξ*) scolēces lauten muss, wird von den wenigsten medicinischen Schriftstellern beachtet. Bei den Alten (Hippokrates, Aristoteles) ist *τὸ ἔμβρυον* die Bezeichnung auch für die reifere menschliche Frucht. Wann der maskulinische Embryo aufkommt, vermag ich nicht mit Bestimmtheit zu sagen. Wahrscheinlich ziemlich spät. Harvey, nach ihm A. v. Haller, schreiben so. Jedenfalls ist der Plural Embrya (Hirschberg, Berliner klin. Wochenschrift 1895 p. 657) den fehlerhaft gebildeten Embryones vorzuziehen. Einzelne scheinen Diamĕter für ein Wort der alten klassischen Sprachen zu halten, was es übrigens so wenig ist, wie etwa Meter oder Geometer. Demgemäss wird dann geschrieben: diameter obliqua (Schröder, Lehrbuch der Geburtshilfe, auch in den neueren Auflagen) oder auch diameter obliquus (Sy, l. c. p. 15). Richtig muss es heissen diametros obliqua. «Liquor ferri sesquichloratum» (Therapeutische Monatshefte 1895 p. 549) ist auch ein hübsches Latein. Wenn man zuweilen zu lesen bekommt: qui bene diagnoscit, bene medebitur — der bekannte Ausspruch Baglivi's — so ist daran zu erinnern, dass die lateinische Sprache bloss ein Zeitwort «dignoscere» kennt, sowie auch nichts gebessert, im Gegentheil verschlechtert ist, wenn aus dem Lupus exēdens ein L. excēdens gemacht wird (Prospect zu A. Wolff, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Stuttgart 1893) oder die gefährliche Scylla zu einer unschuldigeren Meerzwiebel (Scilla) herabsinkt (Navrátil, die Elemente der psychischen Therapie, Wien 1896 p. 22).

Wer die Schuld an solchen Fehlern bloss dem überflüssigen Gebrauch todter Sprachen zumessen will, möge bedenken, dass man auch in den modernen Sprachen straucheln kann. So übersetzt Baas in seinem «Grundriss der Geschichte der Medicin» 1876 p. 326 den schönen Paré'schen Wahlspruch: «Je le pansay et Dieu le guarist», vielleicht durch eine bekannte (alttestamentliche) Sentenz verleitet, mit: «Ich dachte und Gott heilte». In Baas' neuestem Werke: Die geschichtliche Entwicklung des ärztlichen Standes etc Berlin 1896 p. 220 ist übrigens der Fehler ausgemerzt.

Die «Komödie der Irrungen» liesse sich leicht noch weiter verfolgen und es ist verlockend, die Untersuchung auf die, kurz gesagt, historischen Unmöglichkeiten, nicht etwa bloss auf die durch falsche Jahreszahlen veranlassten, sondern auch auf die inneren Widersprüche und Ungereimtheiten auszudehnen. Die Literatur wimmelt von ihnen. So beruht bei Haeser, l. c. I. p. 384 Galen's Lehrgebäude auf «einem, oft genug sehr unkritischen Eklekticismus», II. p. 244 ist es «ein seit mehr als 1000 Jahren herrschendes, mit bewunderungswürdigem Scharfsinn aufgeführtes System«. Morgagni legt zwar «auf Anerkennung seiner Verdienste grossen Werth» (ibid. II p. 538) dem Werk «de sedibus et causis morborum« wird aber als «eine seiner schönsten Zierden die dasselbe durchdringende Bescheidenheit» nachgerühmt. Haeser (l. c. II. p. 32) lässt 1539 den «kaum 23 jährigen Jüngling» Vesalius nach Padua berufen werden, der doch am 31 Dezember 1538 das 24. Lebensjahr vollendet hatte. In Breitenstein's Repetitorium der Geschichte der Medicin II. Theil p. 8 ist Vesal anno 39 natürlich auch 23 jährig und schreibt sogar seine grosse, wesentlich in Italien, also seit 1539, entstandene Anatomie schon in «seinem ein und zwanzigsten Lebensjahre» (!). Ludwig XIV. wird 1687 (nicht 1686) an Mastdarmfistel operirt. Dennoch lässt Haeser (l. c. II p. 431) den 1642 gestorbenen Richelieu «kurz vorher» der gleichen Operation erliegen. Baas (l. c. [Grundriss] p. 327) bezeichnet Jacques Guillemeau als Leibarzt Karls IX. nach Paré's Tod. Karl starb aber schon 1574, wie Baas selbst auf der gleichen Seite angibt, Paré 1590, wie auf der vorhergehenden Seite zu lesen ist. Auf Heinrich IV., dessen Leibwundarzt Guillemeau in der That gewesen ist, würde die Notiz passen. Auch Jacques' Sohn Charles war Leibarzt des Königs (Ludwig XIII.).

So gewiss die Richtigstellung derartiger falscher Angaben — ihre Zahl könnte ohne sonderliche Mühe vermehrt werden — geboten erscheint, mit nicht minderem Recht ist die Verbesserung fehlerhaft gebildeter und geschriebener Kunstworte anzustreben, die in einer gewissen falschen Pietät gegen die Altvordern trotz besserer Erkenntniss festgehalten werden. So begnügen sich die Franzosen Torticolis (der rheumatische Schiefhals) zu schreiben, wie sie auch Colis, Gepäckstück, sagen (vergl. colporter) und doch müsste eigentlich Torticolis medicinisch ganz was anderes bedeuten, wie jedes lateinische Lexikon bei Colis = Caulis ausweist. Andererseits muss bei der völlig eingebürgerten Schreibung «Dyssentérie» der Mediciner und Philologe É. Littré (s. o.) bemerken: «l'Académie devrait réformer ces deux ss.» (Dictionnaire de la langue française II. p. 1256). — Die Schreibweise Miosis ist zweifellos richtiger, als das früher allgemein übliche Myosis, also sollte man sich keinen Augenblick besinnen, das bessere Wort zu gebrauchen. Manches in dieser Beziehung Beherzigenswerthe findet sich in Virchow's oben erwähntem Aufsatz und in seinem lehrreichen Vortrag: «über die Sprache der Aerzte», (Deutsche medicinische Wochenschrift 1892 p. 215) hat Hirschberg, besonders für sein Fach, die Augenheilkunde, den fälschlichen Gebrauch mancher, dazu noch vielfach unrichtig gebildeter, Worte an einer Reihe von Beispielen in überzeugender Weise nachgewiesen, wie er schon früher in seinem gelehrten «Wörterbuch der Augenheilkunde» Leipzig 1887 eine Fülle von Stoff kritisch bearbeitet hat

Man kann dem Letztgenannten gewiss Recht geben darin, dass sich manches Wissenschaftliche gerade so gut oder noch besser in der Muttersprache ausdrücken liesse, als durch mühsamst herangezogene Fremdwörter, man kann auch Benedikt beipflichten (Second life, das Seelenbinnenleben des gesunden und kranken Menschen, Wien und Leipzig 1894), dass nicht minder auf dem Gebiet der Seelenheilkunde sich manches ganz treffend deutsch wiedergeben lässt: Schwermuth für Melancholie, Erstarrungszustände für Katalepsie, meinetwegen auch Schlafwachzustand für Somnambulismus etc, aber man wird auch zugeben müssen, dass es unmöglich und nicht einmal zweckmässig erscheint, hier durchgreifend Wandel im Sinne des deutschen Purismus schaffen zu wollen. Aber viel wäre gewonnen, wenn unnützes fremdes Beiwerk, vor allem in der Rede, von Deutschen Deutschen gegenüber, vermieden würde. Mir wurde einst ganz eigenthümlich zu Muthe, als ich auf irgend einer Versammlung von Fachgenossen die Gull und Sutton'sche Arterio-capillary fibrosis mit der geschmackvollen englischen Aussprache und Betonung aus deutschem Mund ertönen hörte. Wozu solches? Eine folgerichtige, allseitige Verdeutschung der wissenschaftlichen Ausdrücke würde uns — gestehen wir es offen — nicht sehr anmuten; es gibt eben Bezeichnungen, die nicht mehr übersetzbar sind. Man lese z. B. K. Hullmann's Schriftchen: «Die Wissenschaft und ihre Sprache» Leipzig 1894, worin die Sprache der Mathematik behandelt ist. Da kann man sich ja, um Beispiele anzuführen, gefallen lassen Geviert statt Quadrat, gerade und verhältliche Reihe (arithmetische und geometrische Progression); weniger wird uns befriedigen «verkehrter» Beweis statt indirecter und einen Begriff wie Logarithmus muss der Verfasser so wie so stehen lassen. Und ähnlich würde es uns mit der medicinischen Namengebung ergehen. Für «Anatom» stünde uns, wenn wir nicht das altväterische «Zergliederer« wählen wollten, das schöne Wort «Leichnamschneider» zur Verfügung Nach Vilmar's deutschem Namenbüchlein, 4. Aufl. 1865 p. 29, hat es im vorigen Jahrhundert in Wien einen Hofpfarrer dieses Namens gegeben.

Geradeso wie Hirschberg «das unwürdige Joch einer barbarischen Mischsprache abzuschütteln» auffordert (Vorwort zum Wörterbuch p. IV), ruft Benedikt: «fort mit dem gelehrten Kauderwelsch und Kaudergriechisch!« Mit dem entbehrlichen gewiss. Und man hat auch schon genug abgestossen. Ein Blick in irgend ein älteres medicinisches Lexikon lehrt dies. Aber auch fort — sage ich — mit dem Kauderdeutsch, das so üppig wuchert, allerdings nicht bloss in medicinischer Literatur. Ohne ein medicinischer Wustmann sein zu wollen, möchte ich mir erlauben, einiges herauszugreifen. Die überaus häufige, förmlich grassirende Umstellung (Inversion) nach «und» erwähne ich, weil sie schon W. Stricker in seinem kleinen Aufsatz «Antibarbarus medicus» (Virchow's Archiv 41 Bd.

1861 p. 361) getadelt hat. Genützt hat es nichts. «Und war es Nothnagel's grosses Verdienst» (Deutsches Archiv für klinische Medicin 52. Bd. p. 353). Die Thatsache, dass auch Goethe gelegentlich diese Umstellung gebraucht, macht sie immer noch nicht schön und nachahmenswerth, sie bleibt füglich anderen, als gerade wissenschaftlich schriftstellernden Kreisen überlassen, in die genau genommen auch nicht Ausdrücke gehören, wie «ich hatte den Vorzug (!), diesen ausgezeichneten Kenner der Leberkrankheiten meiner Ansicht beitreten zu sehen» (Deutsche medicin. Wochenschrift 1893 p. 742). «Sämmtliche Entzündungserscheinungen .... sind normaliter» (Zeitschrift für klinische Medicin 24. Bd. p. 268) bekundet den völlig neuen Gebrauch eines Adverbiums als Prädicat, gerade als ob es ein Adjectiv wäre. Das Umgekehrte kommt bekanntlich im Deutschen oft genug vor (bei dem Adverbiale modi). Der Autor, welcher schrieb (Zeitschrift für klinische Medicin 23. Bd p. 127): «Herr Professor Z. hatte die grosse Liebenswürdigkeit, am 13. August 1892, morgens früh, in nüchternem Zustande und bei völliger körperlicher Ruhe (ich war eingeschlafen) meinen respiratorischen Gaswechsel zu bestimmen», hat sicherlich ganz was anderes sagen wollen, als der mit der deutschen Satzbildung Vertraute herauslesen kann und muss.

Doch genug der Schulmeisterei! Aber man möchte versucht sein, ein Distichon hierher zu setzen, das sich in einem «Splitter und Späne» betitelten Büchlein von W. Haek (Leipzig 1893) findet:

«Anders wird es fast täglich, ob besser? Wer hegt da noch Zweifel?
Wissenschaft schreitet wohl vor, aber die Bildung zurück.»

Schliesslich gehört aber die Sprache auch zum unentbehrlichen Handwerkszeug einer Wissenschaft, welches rein und säuberlich zu halten vielleicht gerade so geboten ist, als die Asepsis der Instrumente, welche ein wissenschaftliches Erforderniss ersten Ranges ist. Auch hofft der Verfasser, dass der Hinweis auf Genauigkeit ihm nicht zum Vorwurf gereichen werde in einer Disciplin, in welcher ein falsch gesetztes Komma ein Menschenleben gefährden kann. Im Uebrigen darf er diese seine Auslassungen dem geneigten Urtheil der Fachgenossen überlassen, das Recht dazu muss er ihnen billiger Weise einräumen, denn neuerdings (Centralblatt für klinische Medicin 1893 p. 516) «kritisiren» sogar — die Pneumonien.

Quadrivius.

Referate und Bücheranzeigen.

Th. Rosenheim: Pathologie und Therapie der Krankheiten des Verdauungsapparates mit besonderer Berücksichtigung der Diätetik. Zweiter Theil: Krankheiten des Darmes. Wien und Leipzig. Urban und Schwarzenberg. 1893. 631 Seiten.

Wenn auf die Besprechung des 1. Theiles des Rosenheim'schen Werkes in dieser Zeitschrift (1892 No. 3) erst nach vier Jahren die des 2. Theiles folgt, so trägt daran nicht der Autor Schuld. Denn die viel umfangreicheren Krankheiten des Darmes sind schon im Jahre 1893 erschienen. Schuld an der Verspätung ist allein der Rec. Selbst mit einer grösseren Arbeit, der Therapie der Magen- und Darmkrankheiten beschäftigt, war er der Meinung, dem Buch nicht besser Gerechtigkeit widerfahren lassen zu können, als wenn er sein Urtheil erst nach Abschluss der eigenen Arbeit aussprechen würde. Denn die Einsicht in den Werth eines Buches, welche der Kritiker durch blosses, wenn auch noch so sorgfältiges Durchlesen gewinnt, lässt sich doch nicht vergleichen mit derjenigen, welche eingehendes Studium bei der productiven und reproductiven Beschäftigung mit dem gleichen Gegenstand gewährt. Diese letztere hat aber dem Rec. in überzeugender Weise dargethan, welche werthvolle Grundlage für das schwierige vielfach so dunkle Gebiet der Darmkrankheiten von Rosenheim geschaffen worden ist. Alle spätere Autoren werden auf derselben mehr oder minder fussen. Nach diesen empfehlenden Worten erübrigt es nur kurz den Inhalt anzugeben. Zunächst führt eine klare anatomische, physiologische und diagnostische Einleitung in die specielle Pathologie und Therapie des Darms ein. Die verschiedenen Formen der Enteritis, sowie die perityphlitischen Processe werden sodann ausführlich geschildert. Darauf folgen die verschiedenen Mastdarmerkrankungen. Wiederum sehr gründlich, ganz der Wichtigkeit und dem Interesse derselben entsprechend, sind die Verschliessungen des Darms abgehandelt. Die folgenden Capitel beschäftigen sich mit den Geschwürsprocessen, einschliesslich seltenerer Erkrankungsformen wie Anthrax, Aktinomyces u. A., sowie den Geschwülsten, um mit den Neurosen, sowie der Enteroptose und den Schmarotzern abzuschliessen. Dazu kommen noch Receptformeln, sowie ein ungemein praktisches, reichhaltiges Literaturverzeichniss. Alle Darstellungen lassen die gründliche anatomische und physiologische Durchbildung, sowie die reiche praktische Erfahrung des Verfassers auf jeder Seite erkennen. Die grössere Schwierigkeit der Materie rechtfertigt den im Verhältniss zu den Magenkrankheiten grossen Umfang des Werkes vollkommen. Möge derselbe nicht von dem Studium abschrecken! Möge das Buch vielmehr durch seinen gediegenen Inhalt, mit dem sich eine gefällige, anregende Form verbindet, sich recht viel Freunde unter den Aerzten gewinnen!

Penzoldt.

Biedert und Langermann: Diätetik und Kochbuch für Magen- und Darmkranke. Verlag von Ferd. Enke, Stuttgart 1895. 180 S.

Es ist in neuerer Zeit das Bestreben unverkennbar, der wichtigen Lehre von der Krankenernährung auch in der Publicistik die gebührende Stelle zu verschaffen. Die Diätetik für Magen- und Darmkranke bildet einen der wichtigsten Abschnitte dieser Lehre, den die Verfasser mit grossem Fleisse und auf Grund sehr eingehender eigener Erfahrungen dargestellt haben. Das Buch bringt eigentlich mehr als sein Titel besagt, indem auch eine Skizzirung der Krankheitsbilder, der grösstentheils modernen physikalischen und chemischen Untersuchungsmethoden der Magen- und Darmstörungen und der allgemeinen Behandlung gegeben wird. Der specielle diätetische Theil bringt ausführliche Speisezettel, für die auch der Roh-Calorienwerth (d. h. der Calorienwerth ohne Berücksichtigung der Ausnützungsgrösse der betr. Nährungsmittel) mitgetheilt wird. Es ist gewiss von Vortheil, wenn in dieser Weise die quantitative Betrachtung der Ernährungslehre, die durch die Zurückführung aller Nahrungsstoffe auf ihren Calorienwerth sehr erleichtert wird, in die Praxis sich einzubürgern beginnt. Werden doch manche, als «besonders kräftig» geltende Nährpräparate vielfach noch in homöopathischen Dosen zur Anwendung gebracht, die jeden Effect illusorisch machen müssen. Ein gebührend breiter Raum ist den sorgfältig ausgearbeiteten Kochrecepten eingeräumt, eine Reihe von Krankengeschichten bilden den Schluss des Werkchens, dem wir den verdienten Erfolg glauben voraussagen zu dürfen.

Moritz.

J. Donat: Die gynaekologische Untersuchung. Medicinische Bibliothek für praktische Aerzte. Leipzig. C. G. Naumann.

Dem Bedürfnisse des praktischen Arztes, die Technik der gynaekologischen Untersuchung in ihrem modernen Umfange kennen zu lernen, wird vorliegendes Werkchen des Leipziger Gynaekologen durchaus gerecht. Was im Curs durch mündlichen Verkehr gelehrt wird, beschreibt Donat sehr genau und lebendig und wenn man die gynaekologische Untersuchung nur durch das Wort erlernen könnte, würde Donat's Buch genügen. Der Verfasser hätte aber die Wichtigkeit der unausgesetzten Uebung mehr betonen sollen. Nichts ist vergessen; die dem Praktiker erreichbaren Methoden werden mit Recht sehr ausführlich behandelt, gegenüber solchen, die nur in der Hand des Specialisten Bedeutung haben, wie z. B. die Cystoskopie und die Punction von der Vagina etc. Besser wäre es gewesen, wenn der Verfasser vor der Sonde noch eindringlicher gewarnt hätte. Im Abschnitt über die Erweiterung und Austastung des Uterus hätten die Contraindicationen in ihren einzelnen Formen und die Mahnung strengster subjectiver und objectiver Asepsis mehr hervorgehoben werden dürfen. Ein gut gearbeitetes Register unterstützt die Brauchbarkeit des Buches.

Flatau-Nürnberg.

R. Perlia-Crefeld: Kroll's Stereoskopische Bilder. Dritte verbesserte Auflage. Hamburg und Leipzig. Verlag von Leopold Voss. 1895.

Die 1887 im gleichen Verlage erschienenen stereoskopischen Bilder von Dr. W. Kroll hatten den Zweck, dauerndes Schielen durch Anregung des schwächeren Augenmuskels und Stärkung des Sehvermögens auf dem zum Schielen disponirten Auge zu verhüten, andererseits nach gelungener Schieloperation gemeinschaftlichen Sehact beider Augen zu erzielen. Perlia hat nun, von der Ansicht geleitet, dass es im Wesentlichen darauf an-

komme, den Trieb zur stereoskopischen Verschmelzung der Bildhälften mehr zu verstärken, von den 25 Kroll'schen Tafeln 12 durch neue ersetzt und noch ein Bild beigefügt, welches eine Veränderung des Abstandes seiner Hälften ermöglicht.

Da Kindern, um die es sich bei Schielen ja meistens handelt, der Begriff des körperlichen Sehens nicht klar zu machen ist und die gewöhnlichen stereoskopischen Bilder daher nicht zu gebrauchen sind, so können die Kroll-Perlia'schen Bilder, welche Kindern nebenbei Spass und Anregung geben, bestens empfohlen werden.

Dr. Seggel.

Dr. M. Ohlemann Augenarzt in Minden: **Augenärztliche Therapie für Aerzte und Studirende.** Wiesbaden. J. F. Bergmann 1896.

In diesem Werkchen, welches kein Lehrbuch der Augenheilkunde sein soll, aber doch gute diagnostische Winke gibt, sind die recht mannigfachen augenärztlichen Behandlungsarten unter Anführung von über 200 Receptformeln zusammengestellt. Als gutes Nachschlagebuch kann es dem Praktiker, für den es bestimmt ist, um so mehr empfohlen werden, als ein derartiger Leitfaden seit dem 1817 von dem älteren von Graefe herausgegebenen Repertorium augenärztlicher Heilformeln nicht mehr auf den Büchermarkt kam.

Dr. Seggel.

Neueste Journalliteratur.

Zeitschrift für klinische Medicin. 29. Band, 3. und 4. Heft.

8) Eschle: **Beiträge zum Studium der Resorptions- und Ausscheidungsverhältnisse des Guajacols u. Guajacolcarbonats.** (Aus dem physiol.-chemischen Laboratorium Baumann's in Freiburg.)

Nach einleitenden Bemerkungen über die Constitution des Guajacols und die Ausscheidung der Phenole aus dem Körper beschreibt Verfasser seine eigenen Versuche, in welchen er sowohl nach Einverleibung von reinem Guajacol als auch von Guajacolcarbonat die Aetherschwefelsäure im Harn bestimmte. Das Guajacol, rein oder als Carbonat genommen, wird bis zu 66 Proc. als Aetherschwefelsäure, zum Theil in anderen Verbindungen (Glycuronsäure), zum Theil auch höher oxydirt als ein Oxyhydrochinon- oder Pyrogallolderivat ausgeschieden. Von dem Carbonat wird eine ziemliche Menge mit dem Koth entleert. Da die Spaltung des Carbonates durch die Darmfäulniss geschieht, so werden kleinere Dosen von Guajacolcarbonat besser ausgenützt als grosse, bei denen die antifermentative Wirkung des abgespaltenen Guajacols die Fäulnissprocesse beschränkt, und sind deshalb kleine Dosen 4mal täglich 0,3–0,5 in der Phthisiotherapie zu verwenden.

9) H. Strauss: **Ueber das specifische Gewicht und den Gehalt des Magensaftes an rechtsdrehender Substanz, sowie über das Verhalten der HCl-Secretion bei Darreichung von Zuckerlösungen.** (Aus der med. Klinik von Riegel in Giessen.)

Die vom Verfasser in 272 Einzeluntersuchungen vorgenommenen Bestimmungen des specifischen Gewichtes der filtrirten Mageninhalte ergaben: Specifisches Gewicht unter 1010 kommt bei Hypersecretion und Hyperacidität, bei Gasgährung und bei Neurosen mit im Sinne der Hyperacidität verändertem Ablauf der Secretionscurve vor. Die physiologische Breite liegt zwischen 1010 und 1020. Werthe über 1020 kommen fast nur bei Subacidität vor. Die Menge des Mageninhaltes hat, abgesehen von excessiven Grössen, keinen wesentlichen Einfluss auf die Höhe des specifischen Gewichtes, dagegen ist von wesentlicher Bedeutung der Gehalt an rechtsdrehenden, saccharificirten Substanzen, welche bei fehlender freier Salzsäure das hohe specifische Gewicht in dem ausgeheberten Probefrühstück bedingen. Weitere Versuche des Verfassers mit Eingiessung von 400 ccm verschieden concentrirter Zuckerlösung in den leeren Magen ergaben, dass concentrirte Zuckerlösungen im Magen verdünnt werden, und dass dieselben ziemlich lange (über 1½ Stunden) im Magen verweilen. Die Salzsäuresecretion zeigte sich bei allen Versuchen nach Einverleibung der Zuckerlösung im Vergleich zum Probefrühstück, bei welchem noch nicht gelöste Kohlehydrate eingeführt werden, vermindert; Verfasser empfiehlt daher bei Fällen von Hyperacidität mit und ohne Ulcus Darreichung von Zuckerlösungen (bis zu 300 ccm 20 proc. Traubenzuckerlösung pro die), warnt aber vor der Anwendung dieser Zuckercur bei motorischer Insufficienz wegen der leicht auftretenden Gährungen, und bei Hypersecretion, da die concentrirte Zuckerlösung einen Flüssigkeitsstrom in das Innere des Magens veranlasst. Zum Schlusse erwähnt Verfasser, dass niemals bei seinen Fällen eine alimentäre Glycosurie zu beobachten war.

10) H. Lüthje: **Ueber Bleigicht und den Einfluss der Bleiintoxication auf die Harnsäureausscheidung.** (Aus der Klinik Leyden's-Berlin.)

Verfasser bespricht zuerst die Literatur über Bleigicht, theilt hierauf 2 Eigenbeobachtungen mit und geht auf die Pathogenese, Symptomatologie, Diagnose und Prognose der Bleigicht ein. Hienach ist die Intoxication mit Blei bei genügend langer Dauer für sich allein im Stande, die Gicht hervorzubringen, indem das Blei Nekrosen erzeugt, welche die Harnsäure des Blutes an sich reissen. In welcher Weise jedoch das Blei zu der bei Gichtikern nach Klemperer's Untersuchungen vorhandenen Hyperproduction der Harnsäure beiträgt, ist noch nicht zu entscheiden. Die Ausscheidung der Harnsäure wird durch Bleiintoxication, wie die Versuche des Verfassers an Hunden, welchen längere Zeit Plumb. acetic gereicht wurde, ergaben, nicht beeinflusst, auch wenn eine Steigerung der Harnsäureproduction, wie durch Thymusfütterung, veranlasst wird. Die klinischen Besonderheiten der Bleigicht bestehen darin, dass sie in einem früheren Alter als die gewöhnliche Gicht auftritt, in kurzer Zeit rasch nacheinander viele Gelenke des Körpers befällt, darunter häufig solche, welche bei der gewöhnlichen Gicht äusserst selten ergriffen werden, wie die Schultergelenke, die Halswirbelgelenke, die Sternocostalgelenke, die Verbindungen des Nasenrückens mit der Nasenwurzel etc., dass die Neigung zu Tophusbildung und zu deformativen Processen viel ausgeprägter als bei der gewöhnlichen Gicht ist, und dass endlich die Prognose bedeutend schlechter ist als bei der gewöhnlichen Gicht, hauptsächlich wegen der meist gleichzeitig vorhandenen übrigen Bleiintoxicationssymptome besonderes wegen der Bleischrumpfniere. Erwähnenswerth erscheinen noch die Resultate der Xanthinbasenbestimmungen des Verfassers im Hundeharne und Hundeblute, wonach diese Basen beim Hunde in annähernd gleicher Menge wie die Harnsäure ausgeschieden werden und nach Thymusfütterung im Blute nachweisbar sind.

11. D. Gerhardt: **Ueber seltenere Ursachen des doppeltschlägigen Pulses.** (Aus der medicinischen Klinik zu Strassburg.)

Verfasser gibt die Krankengeschichte zweier diesbezüglicher Fälle mit Curvenbildern, wovon bei dem einen, einer Mitralstenose mit Aorteninsufficienz, die erste Welle durch die Vorhofscontraction, bei dem zweiten, einer typischen Aorteninsufficienz, die erste Pulswelle durch eine systolische Elasticitätselevation erzeugt wurde. Für die Entstehung dieser ist nach Verfasser vielleicht das Reconvalescenzstadium nach der vorausgegangenen fieberhaften Erkrankung, einer Pericarditis, verantwortlich zu machen.

12) Moxter: **Beitrag zur Auffassung der Tabes als Neuronerkrankung.** (Aus der Klinik Leyden's in Berlin.)

Beschreibung des klinischen und anatomischen Befundes bei einer Tabes; ist zu einem kurzen Referate nicht geeignet.

13) S. Kornfeld: **Ueber den Mechanismus der Aorteninsufficienz.** Fortsetzung. (Aus dem v. Basch'schen Laboratorium in Wien.)

Verfasser geht nun auf das Verhalten des Druckes in den Arterien und im linken Vorhofe in den einzelnen Versuchen ein. Die Steigerung des Vorhofsdruckes bei sinkendem Arteriendruck lässt sich nur bei wenigen Versuchen auf die rein mechanischen Folgen der Klappenzerstörung zurückführen; auch die Annahme von einem Nachlass der Ventrikelleistung mit gleichzeitig eintretender Erhöhung der Widerstände im Gefässsystem durch Reizung der Gefässnerven reicht nicht zur Erklärung aus. Auch das Gleichbleiben oder Sinken des Vorhofsdruckes bei gleichzeitigem Sinken des Arteriendruckes in mehreren Versuchen kann durch derartige Annahmen nicht erklärt werden. Verfasser nimmt daher eine Ausweitungsfähigkeit der Ventrikelwand an, vermöge welcher im Gegensatz zu den Verhältnissen bei einem Kautschukbeutel eine vermehrte Füllung ohne Erhöhung der Wandspannung und damit ohne Vermehrung des Widerstandes für die Entleerung des Vorhofes eintreten kann. Für die Entscheidung der Frage, ob die Steigerung des Arteriendruckes auf Steigerung der Ventrikelleistung oder auf Vermehrung der Gefässwiderstände zu beziehen ist, ist das Verhalten des Vorhofdruckes massgebend. Bei Steigerung des Arteriendruckes durch Gefässnervenreizung, wie z. B. durch Reizung des Ischiadicus, steigt der Vorhofdruck entsprechend. Damit ging in den Versuchen sehr häufig gleichzeitig eine Insufficienz des linken Ventrikels einher, welche sich ausser der unverhältnissmässig hohen Drucksteigerung im linken Vorhofe durch Unregelmässig- und Langsamwerden der Pulse documentirte. Es darf daher allein aus der Steigerung des arteriellen Druckes bei Aorteninsufficienz nicht auf eine Besserung der Herzarbeit geschlossen werden. (Schluss folgt.)

14) R. Kolisch und R. Burian: **Ueber die Eiweisskörper des leukämischen Harnes mit besonderer Berücksichtigung des Histons.** (Aus der Klinik Neusser's in Wien.)

Verfasser discutiren die Frage nach dem Ursprung der bisher im leukämischen Harne gefundenen Eiweisskörper und Albumosen und berichten, dass sich bei ihren Untersuchungen die vermuthete Proportionalität zwischen der Menge der ausgeschiedenen Alloxurbasen und Albumosen, welche auf den Leukocytenzerfall als gemeinsame Ursache zurückzuführen wäre, nicht bestätigt habe. Ebensowenig konnten sie eine Proportionalität zwischen den Alloxurkörpern und dem von ihnen bei einem Fall von Leukämie gefundenen Histon, einem aus den Kernen der Leukocyten stammenden Eiweisskörper, constatiren; es müssen also noch andere, noch unbekannte Ursachen ausser dem Kernzerfall für das Auftreten von Histonurie angenommen werden.

Lindemann-München.

Archiv für klinische Chirurgie. 51. Band, 4. Heft.

1) Sasse: **Die conservative Behandlung der tuberculösen Coxitis und deren Resultate.** (Aus der chirurg. Klinik Berlin.)

Eine beachtenswerthe Arbeit, die nunmehr auf Grund des grossen Materials der Berliner Klinik und Poliklinik die conservative Behandlung der tuberculösen Coxitis als das Normalverfahren fordert.

Zu Grunde gelegt sind der Arbeit 110 Fälle, die zumeist Kinder in dem ersten Lebensdecennium betreffen. Die Behandlung wird in der Weise geübt, dass zunächst in Narcose ein Gypsverband in leichter Flexion und Abduction von den Zehen bis zu den Brustwarzen angelegt wird. Die Extension wird als entbehrlich bezeichnet, zumal es fraglich ist, ob dabei eine wirkliche Distraction stattfindet. Der Verband wird nach 4 Wochen gewechselt, und, falls es erlaubt erscheint, nur bis zum Unterschenkel geführt. Weggelassen wird der Verband erst, wenn jede Schmerzhaftigkeit geschwunden ist. Dann wird nur noch Extension bei Nacht angewendet.

Von Jodoforminjectionen ist in den letzten Jahren nur wenig Gebrauch mehr gemacht; das Vertrauen auf das Jodoform scheint im Schwinden begriffen.

Die Resection wird nur als ultimum refugium angesehen. Sie wurde bei 27 von den 110 Patienten vorgenommen.

Von den 83 nicht resecirten Fällen haben 7 die Behandlung vor Abschluss derselben aufgegeben. Von den übrigen 76 sind 56 geheilt.

Bei 5 Kranken ist eine völlige Restitutio ad integrum eingetreten, darunter befindet sich ein Fall mit Abscessbildung.

Die Behandlungsdauer schwankte zwischen 14 Tagen und 36 Monaten.

Gestorben sind im Ganzen 21 Fälle, darunter sind 8 Resecirte. Die Todesursache war 15 mal Meningitis bezw. Miliartuberculose; 3 mal war die letztere im Anschluss an eine Jodoforminjection entstanden.

Von 95 Patienten konnte Verfasser noch später das Endresultat in Erfahrung bringen. Darnach sind geheilt geblieben (ohne Fistel) 52 Kranke.

Das functionelle Resultat war meist ein befriedigendes. Verfasser weist mit Recht darauf hin, dass nach der Heilung noch Jahre lang die Fixirung des Gelenkes zur Vermeidung von Contracturen nothwendig ist. Bei den Resecirten waren die functionellen Resultate viel ungünstiger wie bei den conservativ Behandelten.

2) P. Ziegler: **Untersuchungen über die Regeneration des Achsencylinders durchtrennter peripherer Nerven.** (Aus der chirurgischen Klinik München.)

Verfasser hat seine Versuche an Hunden, Ratten, Kaninchen, Fröschen sowohl nach Durchtrennung wie nach Abbindung der Nerven an Schnitt- wie auch besonders an Zupfpräparaten angestellt. Die sehr sorgfältigen Untersuchungen, auf deren Einzelheiten hier leider nicht eingegangen werden kann, führen ihn zu sehr bemerkenswerthen, vielfach durchaus neuen Anschauungen über die Art der Nervenregeneration. Nach der bisherigen Ansicht sollte es sich bei der Nervenregeneration im Wesentlichen um ein «Auswachsen des alten Achsencylinders» handeln. Die Beobachtungen des Verfassers beweisen hingegen, dass die Rolle des alten Achsencylinders eine nur passive ist; das active Moment ist vielmehr ein kernreiches Protoplasma, welches primitive protoplasmatische Fasern bildet, an denen durch Differenzirung sowohl der Achsencylinder, wie die übrigen Bestandtheile der definitiven markhaltigen Faser secundär entstehen. Das kernhaltige Protoplasma stammt von den Zellen der Schwann'schen Scheide, die durch die Läsion und ihre Folgen zu lebhafter Wucherung unter Kernvermehrung angeregt werden. Von diesem Protoplasma werden grössere oder kleinere Portionen Mark und Achsencylinder umflossen und assimilirt. Die Schwann'sche Scheide kann darnach nicht bindegewebiger Natur und Herkunft sein.

Der Anschluss der neuen Fasern an die alten wird durch einen kernhaltigen Protoplasmapfropf vermittelt, welcher im distalen Ende der alten Faser im engen Zusammenhange mit der Schwann'schen Scheide dieses Fasernendes auftritt.

Bei der Differenzirung der neuen Fasern zeigt sich zuerst der Achsencylinder als ein feiner Faden. Der Anschluss der neuen an den alten Achsencylinder ist ein secundärer Vorgang.

Nach dem Achsencylinder differenzirt sich das Mark, und erst darnach entsteht die membranöse Schwann'sche Scheide, nachdem die Kerne der neuen Fasern eine oberflächliche Lage angenommen haben.

3) Rovsing-Kopenhagen: **Ueber Diagnose und Behandlung der Nierensteine.**

Die vom Verfasser in vorliegender Arbeit veröffentlichten Berichte über 6 von ihm operirte Nierensteine betreffen die ersten derartigen in Dänemark ausgeführten Operationen. R. glaubt, auf Grund seiner Erfahrungen, dass die Nierensteine häufig verkannt werden. Haematurie und Nierenkolik sind nur selten vorhanden, um die Diagnose auf Nephrolithiasis stellen zu lassen. Verdacht auf Steine muss immer da geschöpft werden, wo Schmerzen in der Nieren- und Blasengegend bestehen. Auch ohne erkennbare Ursache auftretende Haematurien und Pyurien müssen unseren Argwohn rege machen. Bei der genaueren Untersuchung hat man vor allen Dingen auf die anamnestischen Angaben des Patienten zu achten, hereditäre Verhältnisse, Podagra, voraufgegangene Nierenkolik, Abgang von Steinen. Bei nierenkolikähnlichen Schmerzen findet man fast regelmässig Veränderungen am Urin: Eiweiss, Epithelien, rothe und weisse Blutkörperchen, Krystalle, Cylinder. Zur Differentialdiagnose von Tuberculose ist immer eine bacteriologische Untersuchung des Urins vorzunehmen.

Die Cystoskopie dient zur Unterscheidung zwischen Nieren- und Blasenleiden und zur Feststellung, welche Niere Sitz der Erkrankung ist.

Fixe oder häufig zurückkehrende Schmerzen in der Nierengegend sprechen für ein grösseres festsitzendes Concrement im Gegensatz zu Sand und Gries. Noch charakteristischer ist es, wenn man die gleichen Schmerzen durch Druck auf die Niere hervorrufen kann.

Die Behandlung richtet sich in erster Linie darnach, ob die Steinbildung mit Eiterung einhergeht oder uncomplicirt ist. Bei den suppurativen Fällen kann es sich nur um einen operativen Eingriff handeln. Bei den uncomplicirten Fällen glaubt Verfasser immer, wenn die Diagnose auf ein grösseres Concrement gestellt ist, den Patienten die Operation vorschlagen zu müssen unter Hinweis auf die mannigfachen Gefahren, welche den Nierensteinkranken drohen. R. glaubt, dass durch das andauernde Trinken von alkalischen Wässern der Stein nur zu rascherem Wachsthum gebracht wird. Ob im einzelnen Falle die Nephrotomie oder die Nephrectomie gemacht werden soll, hängt insbesondere davon ab, ob dort ein functionsfähiges Nierengewebe vorhanden ist, und wie der Zustand der Niere ist. Die Prognose der Nephrectomie war bisher eine schlechte, 40 Proc. Mortalität, jedenfalls desshalb, weil die angegriffene andere Niere die Function der exstirpirten nicht übernehmen konnte.

4) Haberkant-Danzig: **Ueber die bis jetzt erzielten unmittelbaren und weiteren Erfolge der verschiedenen Operationen am Magen.**

Die Arbeit enthält den Rest der literarischen Nachweise zu der im vorigen Heft erschienenen Abhandlung.

5) W. Rindfleisch: **Mittheilungen über das erste Versuchsjahr mit Behrings Heilserum.** (Chirurg. Klinik Berlin.)

Im ersten Jahr (1895), wo das Heilserum verwendet wurde, ist ein Rückgang des Zuganges an Diphtheriefällen bis auf die Hälfte der bis dahin geringsten Frequenz zu beobachten: 132 Fälle mit einer Gesammtmortalität von 29,5 Proc. Die geringste früher beobachtete Mortalität war 43,2 Proc. gewesen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass besonders die Mortalität der Tracheotomirten von (durchschnittlich) 68,7 auf 53,7 Proc. gesunken ist. (Ein sinnstörender Druckfehler in Tabelle II erschwert das Verständniss!) Die Arbeit enthält weiter bemerkenswerthe Mittheilungen über den Fieberverlauf bei der Diphtherie.

6) Lehmann-Nitsche: **Ein Beitrag zur praehistorischen Chirurgie.** (Münchener anthropolog. Institut.)

Verfasser beschreibt mehrere Knochenkrankheiten und -Verletzungen, die er gelegentlich anderer Untersuchungen unter den Knochen der Reihengräberfelder von Allach, Memmingen, Burglengenfeld (5.—7. Jahrhundert n. Chr.) gefunden hat. Arthritis deformans an der Hüfte, Schädelimpression, Verletzung der Os frontale, Schrägfracturen der Tibia und Fibula, Fracturen der Fibula.

Interessant ist der Befund von Arthritis deformans an der Hüfte eines aus der älteren Bronzezeit (1400—1500 v. Chr.) stammenden Skelettes.

Verfasser glaubt aus den geheilten Verletzungen schliessen zu müssen, dass man vor der Geschicklichkeit und Fähigkeit der altgermanischen Aerzte die grösste Achtung haben müsse. Referent will die chirurgische Kunst unserer Altvordern in keiner Weise bezweifeln, er kann aber den Beweis für die Behauptung des Verfassers nicht als erbracht ansehen. Derartige Schädelfracturen wie die beschriebenen können gewiss auch einmal ohne besondere sachgemässe Behandlung heilen; und die Unterschenkelfractur ist ja wohl ganz ordentlich geheilt, tadellos kann man aber die Heilung doch nicht nennen, da eine nicht unbedeutende Verschiebung der Bruchenden aneinander deutlich bemerkbar ist.

7) Nasse-Berlin: **Ein Fall von incarcerirter Hernia ileo-appendicularis.**

Der beschriebene Fall ist der zweite dieser Art: incarcerirte Hernie des Recessus ileo-appendicularis bei einem 46jährigen Arbeiter. Operation am 7. Tage, Tod unmittelbar nach der Operation. — Der erste derartige Fall ist 1846 von Snow beschrieben.

(Ein Punkt in der Krankengeschichte, den N. nicht besonders hervorhebt, scheint dem Referenten wichtig genug, um besonders erwähnt zu werden. Patient bekam während der Operation plötzlich Trachealrasseln, und es wurde bemerkt, dass fäculenter Mageninhalt in die Höhe gepresst war. Bei der Obduction fand sich in den Bronchien fötider Inhalt. Küster hat bekanntlich empfohlen, vor jeder Operation einer eingeklemmten Hernie eine Magenausspülung vorzunehmen, und N.'s Fall beweist, wie berechtigt diese Empfehlung ist.)

Krecke.

Centralblatt für Chirurgie. 1896, No. 7.

Dr. Carl Lauenstein-Hamburg: **Die subcutane Durchtrennung des Vas deferens zur Behandlung der Prostatahypertrophie.**

Da nach zufälligen Durchtrennungen des Vas deferens nie eine Wiedervereinigung eintritt, empfiehlt L. auf Grund der von Helferich u. A. durch Resection eines Stückes des Vas deferens erzielten Resultate eine noch weitere Vereinfachung der Operation, d. h. die subcutane Durchtrennung des Samenganges. Am besten fixirt man sich hiezu das Vas deferens und L. bediente sich einer ausgekochten Sicherheitsnadel, deren Spitze er oben an dem auseinander gezogenen «platten» Scrotum durch die Scrotalhaut ein-, hinter dem Vas deferens her und aus der Scrotalhaut wieder heraus führte; zur Durchtrennung dient ein feines, spitzes Messerchen am besten. — Die Verschieblichkeit der durchtrennten Stücke des Vas deferens zeigt dem Gefühl deutlich, dass die Discission stattgefunden hat.

Schr.

Centralblatt für Gynäkologie. 1896, No. 7.

1) Hubert Peters - Wien. **Zur Operation der primären Vaginalcarcinome.**

Bei einer 35jährigen Frau, die im oberen Drittel der Vagina ein primäres, thalergrosses, geschwürig zerfallenes Carcinom hatte, operirte P. in der Weise, dass er nach Verschorfung des Carcinoms mit dem Paquelin zuerst eine Scheidendammincision bis etwa 2—3 cm vom unteren Carcinomrand machte und dann von dieser Wunde aus den Tumor in seiner ganzen Ausdehnung unterminirte. Hierbei kam P. ziemlich tief in's rechte Parametrium, eröffnete aber den Douglas nicht. Dann wurde der Tumor abgeschnitten und zuletzt vorsichtshalber wurden auch beide Labien amputirt. Die Heilung war nach 17 Tagen beendet und Patientin sieben Monate nach der Operation noch recidivfrei.

P. folgte bei seiner Operation den Vorschlägen Thorn's, der die von Olshausen empfohlene perineale Methode bei im oberen Drittel sitzenden Carcinomen für zu schwierig und blutig erklärt hat. Mit Rücksicht auf die besonders von Winter betonte Gefahr einer Impfinfection dürfte sich in Zukunft vielleicht die Exstirpation der Carcinome nur mit dem glühenden Messer empfehlen, die neuerdings von Mackenrodt und Rosner befürwortet wird.

2) Eugen Steltner - Königsberg: **Ein Geburtsfall bei kyphotischem Becken mit hochgradigem Hängebauch bei einer Primipara.**

Es handelte sich um eine 27jährige Erstgebärende mit hochgradiger Kyphoskoliose der unteren Brust- und oberen Lendenwirbelsäule. Die Beckenmaasse betrugen:

Dist. spin. 24 cm
„ crist. 25 „
„ trochant. 27 „
Conjug. ext. 18 „
„ diag. 10—11 cm
„ vera auf 8—9 „ geschätzt.

Da Patientin den Kaiserschnitt verweigerte, so musste die Perforation des lebenden Kindes vorgenommen werden. Das Wochenbett verlief normal.

P. glaubt, dass für eine Symphyseotomie die Beckenverengerung zu hochgradig war, kennt auch keinen Fall von Symphyseotomie bei kyphotischem Becken. Für eine eventuelle erneute Gravidität erscheint ihm nur die Sectio caesarea mit Kastration verbunden, eventuell die Porro-Operation angezeigt.

Jaffé - Hamburg.

Berliner klinische Wochenschrift. 1896, No. 7.

1) Brandenburg: **Ueber die diagnostische Bedeutung der Harnsäure und Xanthinbasen im Urin.** (Gerhardt'sche Klinik Berlin).

Neben der Harnstoffbildung geht nach den Untersuchungen der letzten Jahre ein eigenartiger Stickstoff-Stoffwechsel einher, dessen Ausgangspunkt die Kernsubstanzen, die Nukleïne, sind. Dieser Stoffwechsel führt zur Bildung von Harnsäure und Xanthinbasen, die das Gemeinschaftliche haben, dass sie sich aus einem Alloxankern und einem Harnstoffkern zusammensetzen und daher von Krüger als Alloxurkörper bezeichnet werden.

Verfasser hat über die Ausscheidungswerthe dieser Körper bei acuten und chronischen Consumptionskrankheiten eine Reihe von Untersuchungen angestellt. Bei einem einfach herabgesetzten Ernährungszustande werden beide Werthe erniedrigt. Bei Abdominaltyphus wird der Alloxur-N abnorm gesteigert. Ebenso tritt eine erhebliche Steigerung des Alloxur-N ein bei chronischen Consumptionskrankheiten (Phthisis, Magencarcinom), eine Thatsache, die bei der Diagnose von Carcinomen von Bedeutung werden kann.

Die Harnsäurebildung scheint in einer gewissen Abhängigkeit zu stehen von der secretorischen Thätigkeit des Darmes.

2) Silex: **Pathognomonische Kennzeichen der congenitalen Lues.** (Augenklinik Berlin) S. d. W. 1896, S. 85.

3) Boettiger - Hamburg: **Zum Wesen der Myoclonie (Paramyoclonus multiplex).**

Verfasser weist nach, dass die von Unverricht unter dem Namen Myoclonie beschriebenen Fälle kein eigenartiges Krankheitsbild darstellen, sondern sich mit dem bekannten Bilde der Chorea chronica progressiva decken. Verfasser hält es für angezeigt, den Paramyoclonus multiplex (Myoclonie) als Krankheit sui generis überhaupt fallen zu lassen.

4) A. Lewin: **Zur Argoninbehandlung der Gonorrhoe.** (Posner'sche Poliklinik Berlin.)

Das Argonin ist eine Metall-Eiweissverbindung von Argentum und Caseïn. Dasselbe vermag die Gonococcen in kurzer Zeit zu vernichten, ohne dabei eine stärkere Reizung der Harnröhre zu verursachen. Eine antikatarrhalische (adstringirende) Wirkung besitzt das Mittel leider nicht. Es ist von Jadassohn in die Praxis eingeführt und wird in einer Concentration von 3 : 200 5 mal täglich zu je 10 ccm in die Harnröhre eingespritzt. Die Flüssigkeit bleibt 5 Minuten in der Urethra. Bei 9 von 12 so behandelten Fällen verschwanden die Gonococcen in 2—6 Tagen. Der nach Verschwinden der Gonococcen noch andauernde Ausfluss wurde durch Injection von Zinc. sulfo-carbol. und Aehnlichem rasch beseitigt.

5) H. Burger: **Bewegungsstörungen im Kehlkopf bei Hysterischen.**

Polemik gegen Treupel (s. d. W. 1896, S. 18). Krecke.

Deutsche medicinische Wochenschrift. 1896, No. 8.

1) F. König - Berlin: **Die Bedeutung der Durchleuchtung (Röntgen) für die Diagnose der Knochenkrankheiten.** (Berliner med. Gesellschaft.)

Referat siehe diese Wochenschrift No. 6 pag. 136.

2) Hammer: **Auffindung eines metallischen Fremdkörpers im Daumenballen mit Hilfe der Röntgen'schen Strahlen.**

Da die Röntgen'schen Strahlen nicht von einem Punkte aus, sondern von einer ca. Zweimarkstück grossen hellgrün fluorescirenden Fläche der Hittorf'schen Röhre ausgehen, so sind auch die Contouren der Schatten nicht scharf, sondern verlieren sich in gewissen Halbschatten. Je näher nun aber ein undurchlässiges Object der photographischen Platte ist, desto mehr müssen diese Halbschatten verschwinden und man kann daher aus der Schärfe der Contouren (worauf schon Petersen in No. 6 d. W. aufmerksam machte) auf die relative Entfernung der Schatten werfenden Körper von der Platte schliessen.

3) Augusto Murri - Bologna: **Ueber Chininvergiftung.** (Schluss folgt.)

4) Th. Baer: **Ueber die Rectalgonorrhoe der Frauen.** (Aus der dermatologischen Abtheilung des städtischen Krankenhauses in Frankfurt a. M.).

Von 191 mit Gonorrhoe behafteten Fällen, die innerhalb von 6 Monaten auf der weiblichen Abtheilung zugingen, waren 67, d. h. 35% auch an Rectalgonorrhoe erkrankt. Die Mitbetheiligung der Rectalschleimhaut in diesem enormen Procentsatz ist bisher noch nicht betont worden. In der Mehrzahl der Fälle ist das Ueberfliessen, bezw. mechanische Hineinbringen des gonorrhoischen Secretes in das Rectum als Ursache anzusehen, directe Infection durch widernatürlichen Coitus und Secundärinfection durch Durchbruch eines gonorrhoisch erkrankten Organes nach dem Rectum nur in Ausnahmefällen.

Die Pathologie und Therapie der Rectalgonorrhoe werden ausführlich besprochen.

5) R. Pfeiffer: **Ein neues Grundgesetz der Immunität.** (Aus dem Institut für Infectionskrankheiten in Berlin; Dir.: Prof. R. Koch.) Schluss aus No. 7 d. W.

Entwicklung des jetzigen Standes der Immunitätsfrage. P. vertritt die Ansicht, dass im Choleraserum specifische Antikörper in grosser Menge vorhanden sind, welche an sich nicht die Koch'schen Vibrionen abtödten können, sondern erst indirect durch ein offenbar actives Eingreifen des damit immunisirten Thierkörpers specifisch bactericide Processe hervorrufen. Die im Choleraserum enthaltenen immunisirenden Substanzen, welche an sich nur schwach entwicklungshemmende Eigenschaften besitzen, hängen genetisch zusammen mit den erst im Organismus sich bildenden specifisch vibrionen-auflösenden Stoffen und stellen gewissermassen eine Vorstufe derselben dar. Die Cholera-Antikörper bilden nach P.'s Ansicht eine Art specifischer Enzyme, fermentartige Körper, die in specifischer Weise nur auf ein einziges Bacterienprotoplasma wirken. Die als Phagocytose und Phagolyse bezeichneten Processe treten dabei ganz in den Hintergrund.

6) M. Benedikt - Wien: **Biomechanische Grundlagen.**

Anschliessend an die Arbeiten von H. Hirsch und A. Mosso-Turin betont B. die Wichtigkeit der Mathematik und Mechanik (Geometrie etc.) für die Entscheidung biologischer Fragen.

7) Däubler - Berlin: **Ueber den gegenwärtigen Stand der medicinischen Tropenforschung (Acclimatisation und Physiologie des Tropenbewohners).** (Schluss folgt.)

8) E. Braatz - Königsberg: **Eine Ansteckungsquelle für Tuberculose.**

B. macht auf die bei Papageien nicht seltene Erkrankung an Tuberculose und deren leichte Uebertragbarkeit auf den Menschen aufmerksam

9) Brandenburg - Trier: **Ueber Fürsorge für jugendliche Unfallsinvaliden.**

Es wird die Bildung einer Centralstelle für Arbeiterversorgung für solche gefordert, die ihrem bisherigen Berufe nicht mehr genügen können. F. L.

Ophthalmologie.

Prof. Dr. Otto Eversbusch - Erlangen: **Erfahrungen über die Behandlung des chronischen Trachoms und seiner Folgezustände.** (Klinische Monatsbl. f. Augenheilkunde. Januarheft 1896, p. 1—17.)

Nachdem in den letzten Jahren eine ganze Reihe von Behandlungsmethoden des Trachoms theils chirurgischer, theils mechanischer Art in Vorschlag und in Anwendung gebracht worden sind, von denen immer eine gewaltsamer und grausamer ist als die andere, z. B. Ausschneiden der Uebergangsfalte, Ausquetschung der Bindehaut mit der Kornzange oder einer eigens zu diesem Zwecke construirten Roll-Pincette, Ausschabung der Bindehaut, Abschabung der Bindehautoberfläche, Zerstörung der Trachomkörner mittels des Galvanokauter, auch flächenhafte Ausbrennung der Bindehaut, Abreibungen mit starken Sublimatlösungen, Ausbürstung u. dgl., berührt es ganz wohlthuend, heute den Leiter einer stark frequentirten Klinik einer schonenden Behandlung genannter Krankheit das Wort reden zu hören und aus dessen Erfahrungen zu erkennen, dass die Erfolge damit mindestens ebensogut sind, als mit jenen eingreifenden

Methoden. Mit Recht hebt der Verfasser in seiner Einleitung hervor, dass keine von diesen letzteren von dem Vorwurfe freizusprechen ist, des Guten zu viel zu thun und unter Umständen «eine Narbenbildung einzuleiten, die umfangreicher ist als die, welche aus der spontanen narbigen Umwandlung der Granulationen resultirt». — In der Durchführung seiner Behandlungsart betrachtet der Verfasser als obersten Grundsatz: «so wenig operativ (im weitesten Sinne des Wortes) vorzugehen, als irgend möglich». Eine einzige Ausnahme bildet in dieser Beziehung die Erweiterung der Lidspalte, die regelmässig als erster Act der Behandlung unternommen wird in allen denjenigen Fällen, in denen eine Verkürzung der Lidspalte oder eine Einwärtskehrung der Lider ohne oder mit fehlerhafter Stellung der Augenwimpern vorliegen. Bei der Canthoplastik weicht E. von der herkömmlichen in der Weise etwas ab, dass er wegen der stärkeren Spannung, der in trachomatös erkrankten Augen die nach aussen gezogene Bindehaut ausgesetzt zu sein pflegt, möglichst eng näht und statt der üblichen drei Nähte deren sechs bis acht anlegt. Die Heilung erfolgt am glattesten, wenn man die Fäden erst am siebenten bis zehnten Tage entfernt. Um zu verhüten, dass sie nicht schon in den ersten Tagen durchschneiden, wird für die ersten zwei bis drei Tage ein doppelseitiger Verband angelegt. Damit beim Wechsel desselben die frisch verklebte Wunde nicht gezerrt wird, kommt auf die äussere Lid-Commissur ein Borlintstückchen, das mit einer dicken Schichte Borsalbe bestrichen ist, darauf ein die ganze Lidgegend deckender Gaze-Lappen, der mit einer Mischung von drei Theilen Rindstalg und einem Theile Palmöl durchtränkt ist. Zum Schlusse hydrophile Verbandstoff-Läppchen, die nach aussen abgeschlossen werden durch einen Verband aus Gaze-Binden. — Zur Herstellung dieses Verbandmaterials legt man Verbandgaze in sechs- bis achtfacher Lage zusammen, schneidet daraus Streifen in der nöthigen Breite und drückt diese mittelst eines sterilisirten Glasstabes in die fast bis zum Kochen erhitzte Masse, so dass sie damit völlig durchtränkt werden. Dann lässt man sie soweit erkalten, dass man sie gut ausdrücken kann. Hierauf werden die Streifen in Stücke von der nöthigen Grösse zerschnitten. Ihre Sterilisirung und Aufbewahrung erfolgt in den Schimmelbusch'schen Blechbüchsen. Diese Art der Blepharophimosisoperation reicht für viele Fälle von Entropium völlig aus. Wenn es indess hiedurch nicht gelingt, die Berührung der fehlerhaft stehenden Wimpern mit der Augapfelvorderfläche zu beseitigen, so zerstört E. die Wimpern, wenn sie nur vereinzelt fehlerhaft stehen, indem er nach Entfernung derselben mittelst der Cilienpincette den Haarwurzelboden mit einer feinen galvanokaustischen Spitze gründlich, aber doch vorsichtig, ausbrennt. Ist der Cilienboden in grösserer Ausdehnung betheiligt, so wird er unter möglichster Schonung und Erhaltung der Haut durch einen spitzkeilförmig gestalteten Ausschnitt abgetragen. Was nun die Behandlung des Trachoma chron. selbst anbetrifft, so hat E. ganz vorzügliche Erfolge von der Jequirity-Maceration in allen den Fällen gesehen, die mit Gefässentwicklung in der Hornhaut verbunden waren. E. verwandte zuerst regelmässig eine sehr dünne Maceration — $^1/_4$ bis $^1/_2$ procentig — indem er davon mehrere Tropfen in den Bindehautsack einträufeln liess. Je nachdem nun die Wirkung sich gestaltete, blieb er entweder bei diesem Procentsatze stehen, die Einträufelung nach völliger Rückbildung der Reaction (im Allgemeinen nach 8 bis 10 bis 12 Tagen) wiederholend, oder er ging ganz allmählich zu höherer Concentration, aber nie über 3 Proc. hinaus. Trat die Wirkung jäher, in- und extensiver auf, so kamen Eiscompressen anhaltend oder in kürzeren oder längeren Zwischenräumen zur Anwendung. Nachtheilige oder bedenkliche Veränderungen am Auge hat E. bei dieser vorsichtigen Art der Anwendung in keinem einzigen Falle gesehen. Da sich jedoch die Behandlung auf diese Art oft stark in die Länge zog, so kam E. dazu, das schon in früheren Zeiten bei Trachom gern gebrauchte Argentum nitr. zu verwenden und hat sich dafür folgendes Verfahren ausgebildet:

Der Kranke liegt im Bette oder auf dem Behandlungsstuhle so, dass der Kopf sich in waagrechter Haltung befindet. Der zu Häupten des Kranken stehende oder sitzende Arzt stülpt das obere Lid (es ist hier das rechte Auge angenommen) um und hält es, mit dem Zeige- und Mittelfinger der linken Hand den Lidrand möglichst hoch hinauf und rückwärts gegen den Rand des Stirnbeins andrängend, so, dass die Lid-Bindehaut und die oberen Uebergangsfalten in ihrer ganzen Ausdehnung bis gegen die Augapfel-Bindehaut und gegen die Lid-Commissuren sichtbar sind. Indem der Kranke hierbei mit beiden Augen stark nach unten sieht und durch Zuspruch angehalten wird, in dieser Stellung zu verharren — am besten erreicht man dies dadurch, dass der Kranke das andere Auge immer offen lässt — schiebt der Arzt mit dem Daumen der rechten Hand das untere Lid in frontaler Richtung so hoch hinauf, dass dasselbe mit seinem freien Rande hart an die freie Fläche der umgestülpten oberen Uebergangsfalten bezw. an die Stellen, an denen diese in die Augapfel-Bindehaut übergehen, anstösst. Es tritt hiebei öfter eine Steigerung der Thränen-Absonderung ein, wesshalb es sich empfiehlt, unmittelbar vor der Betropfung die umgestülpte Bindehaut mit einem sterilisirten Watte-Tupfer sanft abzutupfen. Nunmehr lässt man mittelst eines gewöhnlichen Tropfglases eine frisch bereitete 5 proc. Höllensteinlösung auf die Bindehaut in der Art aufträufeln, dass eine Stelle nach der anderen sich mit einem feinen Schorf bedeckt. Am besten beginnt man hierbei mit den an das untere Lid anstossenden Theilen der Uebergangsfalten und schreitet gegen die Lid-Bindehaut bis zum freien Rande vor. In der Regel genügen 10 bis 15 Tropfen, um die gewünschte Wirkung zu erzielen. Damit die Flüssigkeit nicht an den Wangen oder Schläfen herunterfliesst, liegt der Kranke während der Procedur nach links und etwas hinten, so dass die abfliessenden Tropfen von der Gegend des inneren Augenwinkels aufgenommen werden. Nunmehr wird alle überschüssige Aetzflüssigkeit mit einem sterilisirten Watte-Tupfer abgesaugt und eine leichte Berieselung der geätzten Theile mit angewärmter physiologischer Kochsalzlösung — am besten mittelst der Undine — vorgenommen. Erforderlichen Falles kommt dann die Bindehaut des unteren Lides daran. Wegen der grösseren Leichtigkeit dieses umzukehren, geht die Beträufelung um so schneller von statten; auch sind die Einlagerungen hier gewöhnlich weniger zahlreich und ausgebreitet. Hornhaut und Augapfel-Bindehaut werden dadurch von der Berührung mit der Aetzflüssigkeit geschützt, dass man, während die eine Hand das untere Lid nach unten und aussen zieht, mit dem Mittelfinger der anderen Hand das obere Lid nach unten und schläfenwärts bis zum Umschlagsrand des unteren Lides schiebt. Zugleich wird der Kranke aufgefordert, die Lider leicht zu schliessen. Die leicht eintretende Braunfärbung der ektropionirenden Finger durch die Höllensteinlösung kann zum guten Theil beseitigt werden durch sofortiges Waschen mit warmer Jod-Kalium-Lösung. Eine Cocaïnisirung schickt E. wegen der ischämisirenden Wirkung des Mittels der Betropfung nicht voraus. Je nach Bedürfniss oder Verlangen lässt derselbe nachher mit Unterbrechungen laue oder kühle, unter Umständen selbst Eisumschläge machen. Nur wenn Pannus erheblicheren Grades vorliegt, soll die der Betropfung folgende Reaction in ungeschwächtem Maasse unterhalten werden. Zu diesem Behufe legt E. einen doppelseitigen Verband folgender Art an: Auf die geschlossenen Lider kommt ein mit Palmöl durchtränkter Gazelappen, wie oben beschrieben; dann folgen 1—2 Lagen von hydrophilen Verbandstoffläppchen, die in 3 proc. Borsäurelösung eingetaucht wurden. Zum Schlusse eine Gazebinde. Bei der Abnahme des Verbandes ist meistens die Absonderung reichlichen, schleimig-eiterigen Secretes festzustellen, die in verringertem Maasse auch noch die nächsten Tage andauert. Etwaige iritische Reizung ist durch ein Mydriaticum zu bekämpfen. Der Erfolg dieser Behandlung ist der, dass die Bindehaut nach und nach glatter wird und der zunächst stärker hervortretende Pannus abnimmt Die Hornhaut hellt sich auf und dementsprechend nimmt die centrale Sehschärfe zu.

Je nach der Individualität führt E. in kürzeren oder längeren Zwischenräumen (5 bis 8 Tagen) mit den Betropfungen fort, stets sie nur dann wiederholend, nachdem jede Andeutung von Argentum nitric.-Wirkung gänzlich verschwunden ist. Darnach — auch schon zwischendurch — macht E. gern Gebrauch von der Massage mit gelber Salbe. Bei hartnäckigem Pannus corneae macht Verfasser von der üblichen Peritomie keinen Gebrauch, sondern wendet gern Tinct. jodi an, die mit einem sehr feinen Malerpinselchen in einer Entfernung von 2 bis 3 mm vom Hornhautrande punktförmig auf die Stellen der Bindehaut aufgetragen wird, an denen die Hauptverästelungen der neugebildeten Gefässe zur Hornhaut übertreten. In besonders heftigen Fällen ist es auch ganz unbedenklich, die Jod-Cauterisation in Gestalt einer ununterbrochenen bogenförmigen Linie vorzunehmen, die sich, je nachdem, auf einen Quadranten beschränken, oder die Hälfte des Hornhautumfanges und mehr umfassen kann. Darnach folgt ein doppelseitiger Verband für 24 Stunden. Bei Entlassung aus der Anstaltsbehandlung werden die Kranken eingehendst über die grosse Tragweite der allgemein gesundheitlichen Verhältnisse für die völlige Ausheilung des Leidens unterrichtet. Es ist ihnen möglichst viel Aufenthalt im Freien, genügende Zufuhr von guter Luft in die Schlafzimmer und peinlichste Reinlichkeit an der eigenen Person zu empfehlen. Selbst wenn die Bindehaut keine verdächtigen Unebenheiten mehr zeigt, sollen die Kranken doch noch für die nächsten Monate täglich in der Frühe abwechselnd Cupr. sulf. 0,1 : 20,0 oder 30,0 und Sublimat 1,0 : 5000 einträufeln oder in Salbenform einstreichen.

Die Zeitdauer der Behandlung betrug durchschnittlich 1 bis 2 Monate. In günstiger gelagerten Fällen reichten auch 3 bis 4 Wochen aus.

Eine Augenspiegel-Lampe für Gas- und elektrische Beleuchtung (Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde. Dezemberheft 1895) hat Prof. Eversbusch in folgender Weise construirt: Das Lampenstativ ist etwas höher als das allgemein gebräuchliche. Der Lampenarm ist horizontal und vertical dreh- bezw. verstellbar. An seinem einen Ende befindet sich oben die Gas-, unten die Glühlampe. Erstere besitzt zur Verminderung der Wärmeentwicklung einen Glimmer-Cylinder und als äussere Umhüllung einen mit Metallringen zusammengehaltenen Asbest-Cylinder. Beide Cylinder lassen sich beim Reinigen der Lampe bequem entfernen. Ausserdem ist der Asbest-Cylinder nach allen Richtungen um die verticale Achse beweglich. Diese Einrichtung ist desshalb nöthig, weil zur Beseitigung der Lichtzerstreuung in der Höhe der Flamme an den Asbest-Cylinder ein Tubus waagrecht angesteckt ist. Dieser, $3^1/_2$ cm lang und 3 cm im Durchmesser, ist an der Innenfläche mit weissem Emaillack gestrichen. An seiner Vorderseite ist der Tubus abgeschlossen durch einen um ihn drehbaren und senkrecht gestellten viereckigen Rahmen, dessen obere, horizontale Fläche offen ist und in dessen Vorderfläche eine kreisrunde Oeffnung von 3 cm Durchmesser eingeschnitten ist. In diesen Rahmen lässt sich von oben her zur Abdämpfung des Gaslichtes, wie sie sich namentlich für die Erkennung der feineren

Farbenveränderungen des Opticus-Querschnittes, nicht minder auch für das Studium des aufrechten Bildes und der Veränderungen in den brechenden Medien empfiehlt, eine schwach gebläute oder eine matte planparallele Glasplatte von 2 mm Dicke und nach Bedarf auch noch eine geschwärzte Metallblende von wechselndem Durchmesser einstecken. Die Glühlampe ist in einen Hohl-Cylinder von Eisenblech eingeschlossen, der ebenfalls um die verticale Achse drehbar ist. Er ist so befestigt, dass er bei etwa nöthig werdendem Ersatz der Glüh-Lampe leicht abgenommen werden kann. An der Innenseite ist er in den Theilen, die den Glühkörper umgeben, mit weissem Email-Lack gestrichen, in den übrigen Abschnitten hingegen geschwärzt. Die Aussenseite ist ganz geschwärzt. Ferner ist der Cylinder oben und unten durch eine Deckplatte abgeschlossen, die je drei Oeffnungen für den Durchgang der Luft besitzt. Im Uebrigen hat die Glüh-Lampe die gleiche Tubus- und Rahmen-Vorrichtung wie die Gaslampe. Dr. Rhein-München.

Vereins- und Congressberichte.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 19. Februar 1896.

Herr **Stadelmann: Ueber Cholagoga.**

Gallentreibende Mittel hat man bei zwei Krankheiten besonders versucht, den Gallensteinen und dem katarrhalischen Ikterus, indem man durch Druckerhöhung das Hinderniss überwinden zu können hoffte.

Ueber die gallentreibende Wirkung der verschiedenen Mittel gingen die Angaben der experimentirenden Autoren auseinander, was hauptsächlich in der Wahl der Methode gelegen sei; die therapeutischen Erfahrungen kämen wohl weniger in Frage, da sie zu vieldeutig seien.

Die Methode Stadelmann's bestand nun darin, dass er bei gut genährten Hunden eine complete Gallenfistel anlegte, während z. B. Rosenberg die Hunde im Hungerzustande untersuchte, was St. für ganz willkürlich betrachtet.

Auch bei der genannten Versuchsanordnung kommen durch psychische und körperliche Einflüsse bedingte grosse Schwankungen vor, so dass man, um Vergleichszahlen von einiger Sicherheit zu gewinnen, am besten grössere Zeiträume, also etwa 12 Stunden, mit einander vergleicht.

Natürlich seien die Erfahrungen beim Hunde nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragbar und auch die an operirten Menschen gefundenen Resultate nicht allgemein giltig, da es sich um pathologische Verhältnisse handelt.

Der den Stadelmann'schen Experimenten gemachte Vorwurf, dass es sich um maximal-gereizte Thiere handelt, welche einer Steigerung ihrer Gallensecretion nicht mehr fähig seien, sei hinfällig, da es St. in der That gelang, zwei gallentreibende Mittel auf diesem Wege zu finden; diese seien das salicylsaure Natron und die gallensauren Salze. Dagegen konnte er an den bisher als Cholagoga geltenden Mitteln eine gallentreibende Wirkung nicht wahrnehmen; als diese Mittel galten: grosse Wassermengen, Alkalien, Drastica, Alcohol, Olivenöl. Zweifelhaft war die Wirkung beim Durand'schen Mittel, dessen Wirksamkeit dem Terpentinöl zuzuschreiben sei.

Das salicylsaure Natron zeigt gelegentlich eine ganz ausserordentliche Steigerung der Gallensecretion (bis zu 70 %). Noch erheblicher und sicherer ist die Wirkung der gallensauren Salze, gleichviel ob man dem Thiere frische Galle oder chemische Präparate verabfolgt. Die eingeführten Gallenmengen werden fast völlig wieder ausgeschieden.

Uebrigens sei, wie Vortr. betont, die gallentreibende Wirkung dieser Mittel schon von anderen Autoren erwähnt.

Was nun die therapeutische Verwerthung anlangt, so kommen für gallentreibende Mittel nicht die in der Blase, sondern nur die in den ableitenden Wegen sitzenden Steine in Betracht; doch sei eine Differentialdiagnose vorläufig noch nicht möglich. Eine erhebliche Drucksteigerung sei übrigens nicht möglich, wie die Heidenhain'schen Experimente lehren.

Wie nun endlich die nicht wegzuleugnende Wirkung der Alkalien zu erklären sei, lässt Vortr. dahingestellt.

Discussion. Herr Rosenberg bestreitet die Vorzüge der Versuchsanordnung Stadelmann's und die Beweiskraft seiner Experimente.

Herr Senator berichtet über vor 30 Jahren gemachte Versuche an einem Hunde, wonach grosse Nahrungsmengen von grossem Einfluss auf die Gallensecretion seien. Desshalb halte er auch grosse Wassermengen für günstig. Vom Oel sah er einmal günstige Wirkung, wie auch vom Natron salicylicum.

Herr Ewald sah ebenfalls von beiden Mitteln gute Erfolge.

H. Kohn.

Verein für innere Medicin in Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 17. Februar 1896.

Herr **Huber** demonstrirt eine Anzahl von auf der Leyden'schen Klinik aufgenommenen **Röntgen'schen Photogrammen** von acutem und chronischem Gelenkrheumatismus und Gicht. Bei letzterer Affection sind an den Gelenkflächen dunkle Streifen sichtbar, welche H. als Niederschläge von Harnsäure deuten zu dürfen glaubt. Sehr hübsch waren in einer nicht aufgeschnittenen atheromatösen Aorta die darin befindlichen Kalkplatten photographisch zur Anschauung gebracht.

Diskussion. Herr Thorner weist auf die in kurzer Zeit zu erwartenden Vereinfachungen der Apparate zur Aufnahme Röntgen'scher Photogramme hin.

Diskussion zum Vortrage des Herrn **Boas: Ueber Amöbenenteritis.**

Herr Borchardt berichtet über eine hieher gehörige Beobachtung aus dem städtischen Krankenhaus am Urbau: Bei einem 40jährigen Manne bestand seit Jahren eine in Anfällen auftretende hartnäckige Diarrhoe. In den Stühlen fanden sich Amöben. Unter Calomelgebrauch waren nach 3 Wochen die Krankheitssymptome zurückgegangen und die Amöben aus dem Stuhle verschwunden. Infectionsversuche mit den Stühlen waren bei Katzen erfolglos. Die ätiologische Andeutung der Amöben lässt er vorläufig dahingestellt.

Herr **Renvers: Ueber chronischen Ikterus.**

Vortragender beginnt mit einem kurzen historischen Ueberblick und führt zunächst aus, dass durch die neueren Forschungen, wenn auch ein stringenter Beweis dafür noch nicht gegeben, sicher gestellt sei, dass die alte Lehre von einem hämatogenen Ikterus nicht aufrecht gehalten werden könne und einzig allein ein hepatogener Ikterus existire.

Zu den einzelnen Arten des Ikterus übergehend, glaubt Vortragender zunächst, dass der sogenannte katarrhalische Ikterus nicht als ein Stauungsikterus (Schleimpfropf, Schleimhautschwellung) aufzufassen sei, sondern als ein toxischer bezw. infectiöser Ikterus betrachtet werden müsse. Zwar gebe es auch einen Stauungsikterus, aber in den erwähnten Fällen fehle die Stauung, die Gallenblase sei klein und die Galle werde, wie die nur theilweise Entfärbung der Faeces zeige, zum Theil wenigstens entleert. Hier müsse man eine Giftwirkung vom Darme aus annehmen, denn der Ikterus erfolge so rasch nach dem Eintritt der Erkrankung, dass er nur als Giftwirkung erklärt werden könne. In einer anderen Reihe von Fällen von sogenanntem katarrhalischen Ikterus handle es sich offenbar um einen Infectionsikterus, wie die Milzschwellung, das Fieber und der wiederholt gelungene Nachweis von Bacterien in den Gallenwegen beweise. In die letztere Kategorie glaubt Vortragender auch die Mehrzahl der Fälle von Weil'scher Erkrankung rechnen zu sollen. Der Schleimpfropf könne wohl gelegentlich eine Rolle spielen, sei aber meist schon eine Folge der Erkrankung.

Was nun den chronischen Ikterus anbelangt, so kommt hier vor Allem der Ikterus bei Gallensteinen und Geschwülsten in Frage; vom Ikterus bei Cirrhose, Abscessen und Echinococcen will Vortr. absehen.

Auch vom Ikterus bei Gallensteinen glaubt Vortragender, dass er nur in den seltensten Fällen als Stauungsikterus aufzufassen sei, für gewöhnlich handle es sich hiebei um entzündlichen Ikterus, verursacht durch eine Erkrankung der Gallenwege, welche erst secundär zur Steinbildung führt. Man finde ja bei langdauerndem Ikterus meist gar keinen völligen Verschluss, sondern eine so beträchtliche Erweiterung der ableitenden Gallenwege, dass nur zuweilen eine Einklemmung von Steinen mit Gallenretention eintreten könne. Gerade diese Erfahrung mache die Diagnose so

schwierig. Für diese komme in erster Linie die Annahme, ob schon Kolikanfälle und Ikterus vorangegangen seien, in Frage. Es sei allerdings heutzutage ausgemacht, dass heftige Kolikanfälle auch ohne das Vorhandensein von Steinen vorkommen können, wie die Sectionen und Operationen lehren.

Eine Patientin, welche früher schon nach einer Oelcur Gallensteine verloren haben will, kam zu Vortragendem wegen heftiger Kolikanfälle. Er rieth zur Operation, aber es fanden sich in der Blase keine Steine. Pat. wurde geheilt entlassen. Die Kolik schien ihm in diesem Falle bedingt durch eine Wanderniere.

Wie die Angabe, dass Kolikanfälle vorangegangen, täuschen kann, so seien auch Schüttelfröste kein sicheres diagnostisches Moment. Mehr Bedeutung komme der Gallenblase zu. Bei Steineinkeilung sei sie nur in einer geringen Zahl von Fällen vergrössert gefunden worden, bei Einkeilung im Choledochus sogar häufig verkleinert; dagegen finde man sie häufig vergrössert bei malignen Tumoren; bei letzteren komme als unterstützendes Moment nicht selten eine Dilatation des Magens zur Beobachtung.

Eine Erkrankungsform komme noch in Frage, die acute Entzündung der Gallenblase, welche sich sowohl bei Steinen als auch ohne solche finde und ein schweres, pyämieähnliches Krankheitsbild bieten könne. Auch in diesen Fällen handle es sich um Infectionsikterus, hervorgerufen durch Ueberwandern der Entzündungserreger von der Gallenblase auf die Leber.

Discussion vertagt.

Herr **Heinemann**-New-York: **Ueber mechanische Behandlung der Herzkrankheiten.**

H. Kohn.

Greifswalder medicinischer Verein

(Officielles Protocoll.)

Sitzung vom 30. November 1895.

Vorsitzender: Herr Mosler. Schriftführer: Herr E. Hoffmann.

1) Herr **Bonnet. Ueber den Bau der Arterienwand.** (In extenso mitgetheilt in No. 1 der Deutsch. med. Wochenschr. 1896, ref. d. Wochenschr. No. 1, 1896.)

2) Herr **Helferich: Ueber eine neue Operation bei Prostatahypertrophie.** (In extenso mitgetheilt in der Deutsch. med. Wochenschr. No. 2, 1896, ref. d. Wochenschr. No. 2, 1896.)

In der Discussion bestätigt Herr E. Hoffmann die wunderbaren Erfolge der Operation. Er berichtet über einen Fall, bei welchem nach der Resection der Vasa deferentia die hochgradigen Beschwerden beim Urinlassen in einigen Tagen fast verschwanden. Der Residualharn verminderte sich von 150 ccm auf 10. Die Cystitis blieb bestehen, Blasenausspülungen wurden nicht gemacht. 2 Monate nach der Operation zeigte sich bei der Untersuchung vom Mastdarm aus der Prostatatumor scheinbar unverändert. Der Kranke starb später an Perforation der Blase durch einen Stein.

3) Herr **Peiper: Ueber den Einfluss der Schutzpockenimpfung auf die Abnahme der Pocken. Ueber Albuminurie nach der Schutzpockenimpfung.**

Von den Impfgegnern wird einerseits der Einfluss der Impfung auf die Abnahme der Pockenepidemien in Abrede gestellt, andererseits die eventuell mit der Impfung verbundenen Gefahren übertrieben. In Bezug auf ersteren Punkt bespricht Vortragender die in den letzten Jahren bekannt gewordenen Statistiken über die Pockenmorbidität und -Mortalität im Heere und der Civilbevölkerung von Deutschland, Oesterreich, Frankreich und Italien. Deutschland steht in Bezug auf die Geringgradigkeit der Pockenmorbidität und -Mortalität unerreicht da. Des Weiteren ist erwiesen, dass die prophylaktische Impfung einen erheblichen Einfluss auf die Mortalität der an Pocken Erkrankten besitzt. Vortragender führt dies ebenfalls an der Hand einiger statistischer Daten an.

Mehr aber noch als die Nutzlosigkeit der Impfung wurden von den Impfgegnern die mit derselben verbundenen Gefahren betont. Im Jahre 1893 ist von Perl ein Fall von Nephritis im Gefolge der Schutzpockenimpfung beobachtet worden. Es fehlt allerdings in der Mittheilung die sichere Angabe, dass das Kind nicht schon zuvor krank war. Im Anschluss daran hat Falkenheim-Königsberg zuerst Untersuchungen über die Eiweissausscheidung nach Schutzpockenimpfung angestellt und bei einer grösseren Reihe von Kindern in ca. 19 Proc. Albuminurie, freilich nur minimale, constatiren können. Die Urine waren nur ausnahmsweise vor der Impfung auf Eiweiss untersucht, das bei Kindern im ersten Lebensjahre aus mehrfachen Ursachen im Harn auftreten kann. Vortragender hat im Verein mit Dr. Schnaase ebenfalls bei Erstimpflingen genaue Urinuntersuchungen am 1., 3., 7. und 10. Tage post vaccinationem vorgenommen und in ca. 5 Proc. Albuminurie, freilich stets nur im minimalsten Grade constatirt. Bei Wiederimpflingen wurde in ca. 16. Proc., bei Militärrevaccinanden in 10,0 Proc. der Fälle Albuminurie beobachtet. Weder Falkenheim noch Vortragender konnten das Einsetzen einer Nephritis beobachten. Das gelegentliche Auftreten einer nur selten mehr als einen Tag dauernden Albuminurie ist nach Ansicht des Vortragenden keineswegs etwas Auffälliges; handelt es sich doch um eine absichtlich hervorgerufene Infection, die, wenn sie nachträglich Schutz gewähren soll, unter Fieber und Allgemeinerscheinungen verläuft.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protocoll.)

Sitzung vom 10. Dezember 1895.

Vorsitzender: Herr Lenhartz, Schriftführer: Herr Deycke.

Herr Unna macht geschäftliche Mittheilungen.

Herr **Unna** hält seinen angekündigten Vortrag **über die Structur des Protoplasmas und das Spongioplasma.**

Herr Unna demonstrirt das Spongioplasma der Bindegewebszellen aus Wundgranulationen und speciell die Form der Korbzellen und der Plattenzellen, zwischen welchen die Spindel- und Spinnenzellen vermitteln. Die Korbzellen sind oedematöse Bindegewebszellen von nahezu kugliger Form, welche einen schaumigen Bau besitzen, d. h. aus rundlichen mit Flüssigkeit erfüllten Waben bestehen, die durch äusserst dünne Lamellen getrennt sind. Auch die Plattenzellen zeigen Wabenbau, aber die Waben sind hier zwischen geradlinigen Fäden und Balken erstarrt und gestreckt. Die rein wabig gebauten Fortsätze der Plattenzellen gehen in solide, anscheinend structurlose Fäden über. Die Spindel- und Spinnenzellen sind ebenfalls wabig gebaut, zeigen aber nur zum kleinsten Theile runde Waben, wesshalb auch hier, wie bei den Plattenzellen, die Wabenwände nicht flüssig sein können.

Diese Zellen entsprechen theils der Protoplasmatheorie von Bütschli (Korbzellen), theils derjenigen von Leydig, welcher den Ausdruck: Spongioplasma schuf. Nach Bütschli sind Wabeninhalt und Wabenwände flüssig, nach Leydig letztere fest. Unna schliesst sich für die Mehrzahl der thierischen Zellen der letzteren Anschauung an, hält aber mit Bütschli das Spongioplasma (im Gegensatz zu Leydig) für lebendiges Protoplasma.

Die Wabentheorie steht, wie aus einer an die Uebersichten von Flemming und Waldeyer sich anlehnenden kritischen Besprechung der verschiedenen Theorien über Protoplasmastructur hervorgeht, allen anderen, speciell der Fadengerüsttheorie von Flemming gegenüber. Nach Unna können aber beide an derselben Zelle zu Recht bestehen, indem Fäden, Körner und andere Bestandtheile in eine wabige Grundsubstanz eingeschlossen sind; da letztere die äussere Gestalt der Zelle wesentlich bestimmt, constant vorkommt und einen constanten (nämlich wabig-schwammigen) Bau zeigt, so ist Unna geneigt, derselben den Namen: Protoplasma zu vindiciren. Nur gibt es nach Unna in den meisten thierischen Zellen ausser dem Spongioplasma noch einen anderen, wesentlichen Bestandtheil des Protoplasmas, das Granoplasma, welches andere Functionsverhältnisse und daher andere physikalische und chemische Eigenschaften besitzt. Durch Ueberwiegen des Granoplasmas in dem wohlerhaltenen Spongioplasma entstehen die bekannten Plasmazellen Unna's.

Da zur Discussion Niemand um's Wort bittet, bemerkt Herr Unna als Schlusswort:

Die Botaniker, Zoologen etc., die über den Bau des Zellprotoplasmas Untersuchungen anstellten, hätten mit sehr subtilem Material gearbeitet. Das Material, aus dem er selber seine Ansichten über das Protoplasma geschöpft habe und von dem die demon-

strirten mikroskopischen Präparate stammten, sei ein jederzeit bei der Hand befindliches; er verdanke dasselbe in erster Linie Herrn Sick und Herrn Lauenstein. Da ferner die Färbemethoden durchaus einfach seien, so könnte jetzt die Frage über den feineren Aufbau des Protoplasmas zur allgemeinen Discussion gestellt werden.

Herr **Simmonds** hält den angekündigten Vortrag: **Zur Pathologie der Paedatrophie.**

S. hat die Nieren von sechzig atrophischen Säuglingen, die an keiner ernsten Complication gelitten hatten, histologisch untersucht und regelmässig parenchymatöse Degenerationszustände verschiedenen Grades angetroffen. Theils fanden sich nekrobiotische, theils plasmolytische Vorgänge an den Harnkanälchenepithelien, bisweilen ausgedehnte Verfettungen, Kapselexsudate, Cylinderbildung. Der der Leiche entnommene Urin enthielt stets kleine Eiweissmengen. S. glaubt nicht, dass die Nierendegeneration eine Folge der allgemeinen Ernährungsstörung ist, da kein Parallelismus zwischen dem Grade der Atrophie und der Intensität der Nierenveränderung sich erkennen lässt, da fernerhin bei älteren, durch chronisches Siechthum stark reducirten Kindern derartige Nierenstörungen nicht die Regel bilden. Von den bei den Sectionen angetroffenen Complicationen könne nur eine fast alle atrophischen Kinder befallende Erkrankung, die Mittelohrentzündung als Ursache der Nierendegeneration in Frage kommen. S. theilt mit, dass er bei 140 Kindern unter zwei Jahren 135 mal Exsudate in den Paukenhöhlen angetroffen habe. In 60 bacteriologisch untersuchten Fällen sei in mehr als der Hälfte der Fälle der Pneumococcus Fraenkels angetroffen worden, sehr häufig der Streptococcus pyogenes, der Bacillus pyocyaneus, der Staphylococcus pyog. albus und flavus und andere Mikroben mehr in grossen Mengen. Bedenke man, dass dieses mit anerkannt pathogenen Mikroben dicht durchsetzte Exsudat in einer mit Schleimhaut überzogenen, unter Druck stehenden Höhle sich befinde, bedenke man, dass es sich um kleine, wenig widerstandsfähige Individuen handle, so werde man es begreiflich finden, dass so schwere Allgemeinerscheinungen resultirten. Um den Nachweis einer Generalisirung der Keime von der Paukenhöhle aus zu erbringen, hat S. die Nieren in einer kleinen Zahl von Fällen mit Hilfe von Züchtungen untersucht und dabei mehrfach in diesem Organ den Pneumococcus und den Bac. pyocyaneus angetroffen. In den Fällen, wo Keime in der Niere nicht nachgewiesen werden können, müsse eine Beeinträchtigung der Nieren durch die resorbirten Bacteriengifte vorausgesetzt werden. S. weist auf die von Kossel angetroffene Generalisirung des Bac. pyocyaneus bei Kindern, die mit Otitis media behaftet waren und auf die von Fraenkel und Reiche beschriebenen, unter dem Einfluss des Pneumococcus bei fibrinöser Pneumonie entstandenen Nierenveränderungen hin, welche grosse Aehnlichkeit mit den bei atrophischen Kindern angetroffenen Nierenbildern liefern. S. kommt zu dem Schluss, dass die bei atrophischen Säuglingen angetroffene Nierendegeneration auf Bacterienwirkung zurückzuführen ist und zwar auf Wirkung von Bacterien, die von der Paukenhöhle aus Verbreitung finden. Praktisch empfiehlt er daher eine grössere Berücksichtigung der Paukenhöhlenerkrankungen und eine sorgfältige Hygiene der Nasen-, Rachen- und Mundhöhle bei der Behandlung atrophischer Kinder.

Discussion: Herr Deycke berichtet über ein einschlägiges, im Neuen Allgemeinen Krankenhause gesammeltes Sectionsmaterial von im Säuglingsalter stehenden Kindern. Bei 104 derartigen Sectionen fanden sich in 84,6 proc. Ohrkatarrhe, die in circa 80 proc. der Fälle einen eiterigen Charakter hatten und doppelseitig waren. In einer Minderzahl fand sich im Mittelohr ein gelatinöses Exsudat, in einigen Fällen war das Exsudat in dem einen Ohr gelatinös, im anderen bereits eiterig, so dass man das gelatinöse Exsudat als die Vorstufe des eiterigen aufzufassen hat. Die an einer Reihe von Fällen ausgeführte bacteriologische Untersuchung ergab kein einheitliches Resultat; in einer Mehrzahl wurden Pneumococcen gefunden, sonst Staphylococcen, Streptococcen, Bac. pyocyaneus etc. Bei 10 Sectionen mit Ohraffectionen lag ausgesprochene Tuberculose anderer Organe, resp. allgemeine Tuberculose vor. Nähme man diese, sowie alle anderen anatomisch wohl charakterisirten Krankheitsbilder aus, so bleibe eine nicht geringe Zahl von Fällen übrig, welche D. sowohl klinisch wie anatomisch übereinzustimmen schienen. D. schildert kurz diese klinischen und anatomischen Erscheinungen und gibt der Vermuthung Ausdruck, dass es sich bei diesen, gewöhnlich mit dem Namen der Paedatrophie bezeichneten Erkrankungsformen um chronisch septische Processe handle. Dafür scheine ihm auch das zeitweilige Epidemisiren dieser Erkrankungen zu sprechen.

Herr Pluder erwähnt, dass die Ohrkatarrhe im Säuglingsalter nicht zu Zerstörungen des Trommelfells führen. Den Ausdruck Mittelohreiterung hält P. nicht für geeignet, er möchte Empyem des Mittelohrs vorschlagen. Von Walb in Jena ist die prophylaktische Anwendung von Politzer's Verfahren zur Verhütung dieser Empyeme vorgeschlagen.

Herr Fraenkel bestätigt, dass es nur ausnahmsweise bei Ohraffectionen im Säuglingsalter zur Perforation des Trommelfells komme. Einen Unterschied machen zu wollen zwischen Empyem des Mittelohrs und Mittelohreiterung halte er nicht für berechtigt. Nach der Qualität des Exsudats unterscheide man eine Otitis gelatinosa und eine Otitis suppurativa; speciell vom Pneumococcus Fraenkel sei es bekannt, dass er beide Arten von Exsudaten veranlassen könne. Fr. citirt eine Arbeit von Czerny, der in einer Reihe derartiger Krankheitsfälle bei Säuglingen verschiedenartige Bacillen aus dem Blut züchtete. Nach dieser Richtung hin bedürfe es weiterer Untersuchungen. Er selber glaube, dass trotz des Mangels grobanatomischer Veränderungen im Magendarmtractus bei sorgfältigen mikroskopischen Untersuchungen sich Anhaltspunkte für eine tiefergehende Erkrankung der Magendarmschleimhaut gewinnen lassen würden und erinnert in diesem Sinne an die bei perniciösen Anaemieen gefundenen Atrophieen der Magendarmschleimhaut. Seit längerer Zeit habe er regelmässig bei Sectionen von Säuglingen auf die Highmorshöhlen geachtet und habe dort gleichfalls in einzelnen Fällen exsudative Processe gefunden. Bacteriologisch hätten sich in diesen Exsudaten Bact. coli., Streptococcen, der Pneumococcus Fraenkel u. A. gefunden.

Herr Pluder glaubt, dass, je jünger das Kind ist, desto geringer seine Chancen seien, bei einer eiterigen Affection des Mittelohrs eine Trommelfellperforation davonzutragen. Uebrigens möchte er bemerken, dass auch Gonococcen eine Rolle bei der Otitis media des Kindes spiele.

Herr Fraenkel möchte hier die specifischen Affectionen ausser Betracht lassen.

Herr Lenhartz kann sich mit den von Herrn Deycke vertretenen Anschauungen nicht befreunden, wenigstens hält er septische Zustände für höchstens ausnahmsweise in Betracht kommend bei den Erkrankungen des Säuglingsalters. Er fasst vielmehr die Paedatrophie als eine durch intermittirende Gastroenteritiden bedingte allmähliche Erschöpfung auf, es spielten dabei Autointoxicationen eine Rolle, die ihrerseits zu der allgemeinen Degeneration der Organe Veranlassung gäben. Auch er plaidirt für eine gründliche Untersuchung des Magendarmtractus nach allen Richtungen hin. Die Otitiden hält er für secundärer Natur; sie bildeten sich in den letzten Tagen des Lebens, dafür spräche das Fehlen von Trommelfellperforationen und von Meningitiden. Den Eiweissgehalt des bei Sectionen gewonnenen Urins auf eine im Leben bestehende Nephritis zu beziehen, halte er nicht für berechtigt; er hält diesen Urin für Stauungsurin, der bedingt werde durch die als Theilerscheinung der allgemeinen Degeneration auftretende Herzentartung.

Herr Pluder bemerkt, dass bisweilen die Paracentese des Trommelfells das Krankheitsbild ganz anders gestaltete und direct als lebensrettender Eingriff betrachtet werden musste.

Herr Deycke hat selber, allerdings im Säuglingsalter, ohne nennenswerthen Erfolg, die Paracentese in einer Reihe von Fällen ausgeführt. Doch sind ihm neuerdings bessere Resultate von Herrn Versmann im Neuen Allgemeinen Krankenhaus gezeigt worden. Jedenfalls könnte, falls der therapeutische Nutzen der Paracentese sich in Zukunft bestätigen sollte, dies nur für seine Auffassung als Stütze dienen. Herrn Lenhartz gegenüber halte er daran fest, dass in einer grösseren Anzahl von Fällen sowohl klinisch wie pathologisch-anatomisch jeder Anhaltspunkt für eine ernstere Magendarmaffection fehle. Für diese Fälle halte er einstweilen seine Auffassung der Erkrankungen als chronisch septischer Zustände aufrecht.

Herr Simmonds bestätigt gleichfalls das seltene Auftreten von Trommelfellperforationen. Dass die Gonococcen bei den Otitiden eine wesentliche Rolle spielen, glaubt er nicht, da man bei den Augenblennorrhöen der Kinder niemals gleichzeitige Otitiden beobachtet. Für die von ihm gefundenen Nierenveränderungen macht er einstweilen, da er keinen anderen positiven Befund zur Erklärung heranziehen kann, die allerdings erst in der letzten Zeit des Lebens auftretenden eiterigen Otitiden verantwortlich.

Nach Schluss der Sitzung erklärt Herr Unna ein von ihm vielfach zu bacteriologischen Zwecken benutztes Plattenverfahren, welches gestattet, Culturen durch lange Zeit, durch Jahre hindurch zu beobachten, ohne dass man Verunreinigungen zu befürchten hätte. U. demonstrirt eine Reihe derartiger Platten.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 22. Februar 1896.

Zur Organisation des gemeindeärztlichen Dienstes in Oesterreich. — Mangel an Corpsgeist. — Ein interessantes Glaukom geheilt. — Eine schwere Verbrennung.

Am 30. April 1870, also vor mehr als 25 Jahren, erschien ein Reichssanitätsgesetz, welches die Regelung des Sanitätsdienstes

in den Gemeinden der Landesgesetzgebung der einzelnen Kronländer vorschrieb. Erst im Verlaufe dieser langen Zeit gingen die Landtage, und da erst über Hochdruck der Regierung, daran, diesem Gesetze Folge zu leisten. Die Landesvertretung von Schlesien hat jüngst ebenfalls die letzten Schritte gethan, um ein solches Landesgesetz zu schaffen, welches den Dienst der Gemeindeärzte in diesem Lande einheitlich regelt. Die Gemeinde (falls eine Gemeinde nicht die Mittel dazu hat, so werden mehrere Gemeinden zusammengelegt) ist darnach verpflichtet, sich einen ärztlichen Beirath zu bestellen, welchem auch die Besorgung der Todtenbeschau, die ärztliche Behandlung armer Kranker, dann die Fleischbeschau etc. obliegt. Die Gemeinden müssen diesen Arzt für seine Dienstleistungen bezahlen — hinc illae lacrymae, daher der viertelhundertjährige passive Widerstand der Landesvertretungen.

Das Herzogthum Salzburg und die gefürstete Grafschaft Görz und Gradiska «sind mit dieser gesetzlichen Regelung des Gemeinde-Sanitätsdienstes noch im Rückstande» — so euphemistisch drückt sich der Officiosus aus, da wo es sich um eine unerhörte Nichtbefolgung eines Reichsgesetzes handelt. Für die Verbesserung des Sanitätswesens ist aber «bekanntlich» jeder ausgegebene Kreuzer ein hinausgeworfenes Geld, und dann geht es «bekanntlich» den Landärzten so gut, dass sie derlei Geschäfte auch unentgeltlich besorgen können! Und schliesslich will jede Gemeinde ihren eigenen Arzt haben, unbekümmert darum, ob er daselbst auch seine Existenzbedingungen findet.

Da wo die Gemeinde zu wenig zahlt und der Arzt nicht einmal das Minimum erwerben kann, welches ein Diplomirter zum Leben beansprucht, da muss das Land helfend einspringen; dafür nimmt es aber das Recht der Bestallung eines solchen subventionirten Arztes für sich in Anspruch. Das System der Subventionsgewährung an die Sanitätsgemeinden hat sich, wie wir einem jüngsten Berichte des niederösterreichischen Landesausschusses entnehmen, als erspriesslich herausgestellt. Die Zahl der subventionirten Sanitätsgemeinden ist von 171 im Jahre 1891 auf 201 am Ende des Jahres 1895 gestiegen, so dass von der Gesammtzahl der 471 Sanitätsgemeinden (Gruppen) nahezu die Hälfte die Subvention in Anspruch genommen hat. Die Anzahl der subventionirten Aerzte beträgt 173, wobei zu bemerken ist, dass für 28 subventionirte und für 15 nichtsubventionirte, zusammen also für 43 Sanitätsgemeinden, ein Arzt bisher nicht gewonnen werden konnte. Die Gesammthöhe der in Niederösterreich bewilligten Subventionen ist seit dem Jahre 1891 bis Ende 1895 auf 69 400 fl. gestiegen. Für diese Aerzte wird eine vierjährige provisorische Kündigungszeit neu eingeführt.

Das sehen wir übrigens auch in allen anderen Kronländern, dass nämlich für zahlreiche Sanitätsgemeinden «bisher kein Arzt gewonnen werden konnte» — weil nämlich oft die unentgeltliche Behandlung aller Kranken des Gemeindebezirkes für einige hundert Gulden gefordert wird, in Gegenden, in welchen der Arzt absolut keinen sonstigen Nebenerwerb hat. Fixe Bezüge von 100 oder 200 fl. jährlich und etwa noch ein geringes Wagenpauschale oder ein Holzrelatum kommen in derlei Concurs-Ausschreibungen um Districtsarztens-Stellen noch heutzutage nicht gar selten vor und da wundert man sich, dass die Herren Doctoren der gesammten Heilkunde nicht mit allen zwei Händen nach so fetten Pfründen zugreifen! Gott besser's!

Man muss wohl die Aerzte auf Gottes Hilfe vertrösten, da sie selbst das Möglichste thun, um sich ihre Stellung noch zu verschlechtern. Vor einigen Wochen hat die Versicherungsanstalt des Lehrerhaus-Vereins, eine registrirte Hilfskasse, an zahlreiche Aerzte Wiens ein Circular gerichtet, in welchem diese um einen Preisnachlass für die Mitglieder des Lehrerhaus-Vereins ersucht werden. Die Aerzte, welche derlei Nachlässe (Minuendo-Licitation, da jeder Arzt selbst die Höhe der Reduction angeben soll) gestatten, werden quasi als Kassenärzte des Vereines fungiren etc. Dabei rechnen sich die Lehrer «zu den Wohlthätern der Menschheit» und verlangen daher als solche eine Ausnahmsstellung. Dem besagten Lehrerhaus-Verein gehören aber nicht bloss die wirklichen Lehrpersonen an, er zählt als gleichberechtigte Mitglieder auch solche Personen, welche dem Lehrerstande nicht angehören, wie Beamte, Geschäftsleute u. dergl., die gewiss nicht zu den Wohlthätern der Menschheit gehören.

Man sollte nun glauben, dass dieses Ansuchen einer zahlungsfähigen Clientèle von allen Aerzten mit Entschiedenheit zurückgewiesen worden ist: leider ist dem nicht so. Einzelne ärztliche Vereine Wiens haben zwar beschlossen, ihre Mitglieder aufzufordern, dem Ansuchen des Lehrerhaus-Vereines keine Folge zu geben, «da die Uebernahme einer solchen ärztlichen Stellung der Ehre und dem Ansehen des ärztlichen Standes zuwiderläuft»; — das Organ des Lehrerhaus-Vereins constatirt aber in seiner jüngsten Ausgabe mit Befriedigung, dass seitens der praktischen Aerzte Wiens genug Anmeldungen mit Preisnachlässen eingelangt sind, so dass den Vereinsmitgliedern und ihren Familienangehörigen eine recht billige ärztliche Behandlung gesichert ist. Dieser Mangel an Corpsgeist bei den Aerzten Wiens ist wohl eine der betrübendsten Erscheinungen, welche den materiellen Niedergang unseres Standes bedingen.

In der gestern abgehaltenen Sitzung der Gesellschaft der Aerzte stellte Professor Bergmeister den seltenen Fall eines geheilten infantilen Glaukoms (Hydrophthalmus congenitus) vor. B. hat das damals 1/2 Jahr alte Kind mittelst Iridektomie operirt, seither sind 13 Jahre vorüber gegangen, der Erfolg ist somit ein andauernder. Damals war intraoculäre Drucksteigerung, Trübung der Cornea, Erweiterung ihrer Basis, Keratoglobus vorhanden, trotzdem verlief die Operation gut und war der Wundverlauf ein glatter. Im Verlaufe der Jahre hat sich die Linse dieses Auges getrübt und glaubt B., dass die, wenn auch blos vorübergehende, Berührung der Linse mit der Cornealwunde diese Trübung hervorgerufen habe. Die Sehkraft des Auges ist jetzt minimal, sie war früher viel besser; das Auge ist aber strabotisch abgelenkt und es mag also die Amplyopie auch auf den Schielact zu beziehen sein. Sonst ist der Bulbus normal gross, die Cornea klar und durchsichtig, die Iris von gutem Aussehen.

Professor B. möchte an die praktischen Aerzte das Ansuchen stellen, solche Fälle, auch wenn der glaukomatöse Charakter sehr ausgesprochen ist, möglichst früh der Iridektomie zuzuführen, da sie sonst mit dem Verlust des Auges enden.

In der am 14. Februar l. J. abgehaltenen Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte stellte Professor Kaposi einen Knaben vor, welcher an beiden Händen und Vorderarmen eine so schwere Verbrennung erlitten hat, wie sie K. bei einem Beobachtungsmaterial von mehr als 3000 Fällen bisher noch nicht zu Gesicht bekommen hat. Auch bei Verbrennungen dritten Grades ist in der Regel die Cutis nicht durchgebrannt. Man muss hiebei von solchen Fällen absehen, wobei die verbrannten Personen schwertrunken oder schon erstickt waren, mithin nicht mehr Objecte klinischer Beobachtung wurden. In diesem Falle wirkten ganz eigenthümliche Verhältnisse mit, dass eine so schreckliche Verbrennung zu Stande kam.

Am 15. Januar verbrannte der 18jährige Junge, ein Selchergehilfe, wurde Tags darauf in's Spital gebracht und hier erkannte man, dass an beiden Händen und Vorderarmen, links mehr als rechts, Haut und Weichtheile durch und durch verkohlt seien; auch die subcutanen Venen waren mit ihrem gewissermassen injicirten Inhalte verkohlt. Keine Erscheinung einer Intoxication, normale Diurese. Die Knochen (Phalangen, Radius) lagen bald bloss, die Gelenke waren eröffnet, auch das Carpalgelenk, so dass jetzt noch die Amputation übrig bleibt. Wie war das aber möglich? Einmal besass der Körper, welcher die Verbrennung bedingte, eine hohe Wärmecapacität, seine Hände und Kleider waren voll Fett, welches in Brand gerieth, und dann sagte der Junge aus, er sei bei der Arbeit eingeschlafen und erst erwacht, als er schon brannte, habe nun erst geschrieen etc. Es stellte sich heraus, dass der Junge innerhalb der letzten Jahre einige epileptische Anfälle erlitten hatte, in einem solchen Insultus epilepticus war nun die Verbrennung erfolgt.

Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

Académie des Sciences.

Sitzung vom 27. Januar 1896.

Das Serum gegen die Schlangenbisse.

Calmette hatte im Institut Pasteur zu Lille eine grosse Menge dieses Serums von immunisirten Pferden gewonnen und da-

von in die meisten Länder gesandt, wo die giftigen Schlangen besonders herrschen, namentlich Indien und Australien. Dieses Serum besitzt eine derartige Immunisirungskraft, dass die Injection von 1 dgr genügt, um ein Kaninchen von 2 kg Gewicht gegen eine Dosis des Cobragiftes zu schützen, welche ein Kontrollthier in 3 bis 4 Stunden tödten konnte. Nach dem Bericht des Dr. Hankin in Agra büsste das Serum durch den weiten Transport um eine Anzahl Immunisirungseinheiten ein, so dass auf je 1 kg eines Thieres 1/2 g Serum nöthig waren, um die nöthige Immunität zu erzielen. Dr. Lepinay, der Vorstand des bacteriologischen Instituts zu Saigun, prüfte das Serum gegen verschiedene Arten von Schlangengift (Bungarus, Trimeresurus und Naja tripudians) und erzielte bei den Thieren gegen jedes derselben Immunisirung. Ein Annamite, der von einer Naja gebissen wurde, ward durch die Anwendung des Serums (12 cg eine Stunde nach dem Biss) geheilt, während eine Frau, welche kein Serum erhielt, 2 Stunden nach dem Biss verstarb. In all' den Fällen, wo das Serum gegen das Schlangengift angewandt wurde, stellte sich kein einziger Zufall ein und Calmette glaubt daher, auf's Angelegentlichste dieses Mittel empfehlen zu müssen. St.

Société Médicale des Hôpitaux.

Sitzung vom 17. Januar 1896.

Ueber Creosotintoxication.

Faisans bekam einen Patienten mit allen Erscheinungen einer schweren Gehirnaffection, eine Meningitis vortäuschend, in Behandlung; derselbe hatte vorher 3 Wochen lang Creosot in steigender Dosis genommen und war von 10 g des 7,5%igen Creosotöls bis auf 140 g gekommen. In zwei anderen Fällen waren die eingenommenen Dosen ebenfalls sehr hohe, die Zeichen der Vergiftung stellten sich ganz plötzlich ein (Benommenheit bis zu Delirien, Krämpfe der Extremitäten abwechselnd mit lähmungsartiger Schwäche, spontaner Abgang von Urin und Koth), nahmen aber nach Aussetzen des Mittels allmählich ab und waren nach 5—6 Tagen völlig geschwunden. Ausser den schon bekannten Vergiftungserscheinungen wie profusen Schweiss, Hypothermie und Schwarzfärbung des Urins kann also das Creosot auch cerebro-spinale Erscheinungen (Pseudomeningitis) verursachen; das ist für Faisans ein Grund mehr, die Anwendung dieses Mittels möglichst einzuschränken, und in Anbetracht der vorhandenen zahlreichen Contraindicationen ist es ihm nur schwer begreiflich, wie das Creosot das beinahe ausschliessliche Mittel gegen die Tuberculose werden konnte.

Sitzung vom 31. Januar 1896.

Serumtherapie per rectum.

Wenn auch die subcutane Injection für alle Arten von Serum der gewöhnliche Weg der Einverleibung bleiben wird, so hat sich gezeigt, dass manche Kranke gegen die Injectionen besonders empfindlich sind und dass in anderen seltenen Fällen die Injectionsstelle lange sehr schmerzhaft bleibt, zu Schwellungen oder sogar Abscessen führt. Chantemesse versuchte daher in 20 Fällen, das Serum per rectum einzuführen und überzeugte sich, dass die Resorption durch die Darmschleimhaut leicht vor sich ging und gar kein Nachtheil damit verbunden war. Zur Reinigung des Darmes wird dem Kranken zuvor ein gewöhnlicher Einlauf gegeben und dann mit einer Spritze und 20 cm langen Sonde von mittlerer Dicke das Serum injicirt. Die Wirksamkeit des Serums war die gleiche wie bei subcutaner Injection: dasselbe Gefühl des Wohlbehagens, ebenso Herabgehen der Temperatur, Unterdrückung der Albuminurie u. s. w. Auf dem rectalen Wege konnten in einigen Tagen 200—300 ccm von Marmorek's-Serum bei schweren Fällen von Erysipel ohne Nachtheil angewandt werden. Local bildet das Serum, mit der fünffachen Menge Lanolin vermischt, ein treffliches Verbandsmittel für Erysipelerkrankungen: Schmerz, Röthe und Schwellung sind dadurch beträchtlich zurückgegangen.

Le Gendre führt Fälle leichter Diphtherie an, wo erst nach der Injection von Serum schwere Krankheitserscheinungen auftraten; die Hauptsymptome dieses neuen Krankheitstypus sind heftiges Fieber, Gelenk- und Muskelschmerzen, vielgestaltiger Ausschlag, Anurie, Albuminurie und Phosphaturie. Die Frage ist nun, ob in Fällen gutartiger Diphtherie der Arzt die Pflicht hat, Injectionen zu machen, auf die Gefahr hin, eine schwere Erkrankung jetzt erst hervorzurufen?

Gaucher berichtet über einen Fall von gutartiger Diphtherie wo er nur auf Drängen der Eltern das Serum anwandte und trotz strenger Antisepsis zwei Monate lang unausgesetzt eine Reihe von Abscessen auftraten. G. glaubt, dass derartige Fälle häufiger seien als man bis jetzt erfahren habe und schlägt die Aufstellung von bezüglichen Fragebogen vor, welche an sämmtliche Aerzte Frankreichs zu vertheilen seien. St.

Sitzung vom 7. Februar 1896.

Weiteres über die Serumtherapie und deren Gefahren.

Variot, welcher im Jahre 1895 im Spitale Trousseau 1414 diphtheriekranke (bacteriologisch constatirt) Kinder behandelte, führt die Schädlichkeiten, welche zuweilen entstehen, auf die Toxine oder Antitoxine, die im Serum enthalten sind, zurück. So habe das von Aronson präparirte Serum stets fiebererzeugend gewirkt und als es in einer grossen Stadt Europas (— wohl Berlin —) hintereinander 9 Todesfälle verursacht hatte, musste man die Anwendung des Mittels einstellen. Im Spitale Trousseau wurde zwar Derartiges nicht beobachtet, von Zeit zu Zeit traten jedoch, und oft in grösserer Zahl, trotz peinlicher Antisepsis Abscesse auf, ebenso wie gleichzeitig im grossen Kinderspitale, ein Beweis, dass einzelne Serumproben verunreinigt, resp. pyogener Natur waren. Unter den circa 1500 erwähnten Kindern traten zwar häufig als Folgen der Seruminjectionen Erytheme aller Art und geringe Temperatursteigerung auf, aber wirklich schwere Symptome, wie profuse Diarrhöen, Lungencongestion, Gelenkschmerzen und allgemeine Prostration nur sehr selten und kein Todesfall konnte dem Serum zugeschrieben werden. In der Privatpraxis hingegen waren diese secundären Erscheinungen häufiger und zuweilen sehr schwerer Natur, wenn auch ohne letale Folgen; das hängt wahrscheinlich mit der minderen Qualität des Serums zusammen, welches, vom Apotheker entnommen, schon lange bei demselben steht und, wie bekannt, mit der Zeit an Wirkung abnimmt; in den Spitälern hingegen werden die Vorräthe schnell verbraucht und rasch wieder erneuert.

Was die von le Gendre aufgeworfene Frage betrifft, so will Variot der klinischen Diagnose noch immer die erste Stelle einräumen, wenn auch die bacteriologische jetzt nicht mehr zu entbehren ist. In leichten Fällen von Diphtherie möge man mit den früheren Mitteln vorgehen und nur bei schwereren das Serum anwenden. Es ergab sich auch hier wie anderwärts die Thatsache, dass seit der Serumepoche viel mehr Kinder in die Spitäler Aufnahme suchen, im Spitale Trousseau waren es früher 800—900, im Jahre 1895 über 1400, die Bacteriologie hat eine grosse Zahl Fälle eingereiht, welche früher nicht zur Diphtherie gerechnet wurden. Von den 1414 Kindern starben 205 = 14,5 Proc. Mortalität.

Hutinel ist schon lange der Ueberzeugung, dass die schwersten den Seruminjectionen folgenden Zufälle weder ausschliesslich dem Serum selbst noch dem darin enthaltenen Antitoxin, sondern wahrscheinlich secundären Infectionen zuzuschreiben sind (Streptococcus). Auch die chronischen Halsentzündungen, Schwellungen der Mandeln, welche vor der Diphtherieinfection schon bestanden haben, und adenoïde Vegetationen spielen eine Rolle in der Genese der postserösen Zufälle.

E. Hirtz ebenso, wie Vorredner ein begeisterter Anhänger der Serumtherapie, erlebte besonders eclatante Fälle, wo nach den Injectionen plötzlich Albuminurie auftrat und 8—14 Tage bestehen blieb.

Variot hingegen kann nicht zugeben, dass Albuminurie eine Folge des Serums sei. St.

Verschiedenes.

Therapeutische Notizen.

(Ueber eine mechanische Behandlung der Neuralgia ischiadica) berichtete Negro in der Turiner medic. Akademie; das sehr einfache Verfahren ist folgendes: Nachdem der Patient in horizontale Bauchlage gebracht, werden die unteren Extremitäten völlig gestreckt und einander zum Contact genähert. Durch Palpation wird der gewöhnlich am meisten schmerzhafte Austrittspunkt des Nerv. isch. aus der Incis. isch. maj. aufgesucht und der rechte Daumen fest auf den Truncus isch. aufgesetzt. Nun wird, indem noch der linke Daumen den Druck des rechten verstärkt, etwa 15 bis 20 Sekunden lang eine möglichst starke Compression ausgeübt mit leichter seitlicher Vertheilung des Druckes nach allen Richtungen, ohne jedoch den Angriffspunkt zu wechseln. Dies Verfahren wird nach minutenlanger Pause mehrmals wiederholt, wobei die Schmerzempfindung bei jedem Male geringer wird. Schon fünf bis sechs solche Sitzungen, die ein um den andern Tag vorzunehmen sind, führen zu gutem Resultat. Negro hat mit diesem Verfahren von 113 schweren Fällen, bei denen alle möglichen anderen Curen erfolglos gewesen waren, 100 geheilt oder doch bedeutend gebessert.

(Zur Behandlung der Akne rosacea.) In einem den derzeitigen Stand der Rosacea-Behandlung schildernden Artikel empfiehlt Ernst Heuss in Zürich (Schweiz. Corr.-Bl. 1896 No. 2) als ein in vielen nicht zu weit fortgeschrittenen Fällen recht wirksames Mittel die Application kurzdauernder Heisswassercompressen, der «heissen Abschreckungen»: Entsprechend grosse Compressen oder Schwämme, in möglichst heisses, gerade noch ertragbares Wasser (dem bei fetter Haut 2—3 Proc. Borax zugesetzt wird) getaucht und ausgepresst, werden auf die Nase aufgedrückt und nach 8—10 Secunden (nicht länger) entfernt. Die durch die Hitze eben ad maximum dilatirten Gefässe verengern sich wieder, die Haut wird blasser, begünstigt durch Verdunstung des Wassers, worauf (d. h. nach einigen Minuten, nachdem vollständige Abkühlung eingetreten) die Procedur wiederholt wird, eventuell noch ein drittes und viertes Mal. Die Nase wird dann leicht gepudert (bei fetter Haut) oder eine indifferente Salbe (Cold cream, Zinksalbe etc.) aufgelegt. Oft erst nach wochenlanger Anwendung dieser «Gefässgymnastik» (wobei mit Vortheil jeweilen nach 8 Tagen 1—2 Tage pausirt wird) tritt Besserung ein: die Gefässe bekommen wieder ihren normalen Tonus, ihre Elasticität, verengern sich, die Nase erhält eine normalere Färbung. Vortheilhaft wird diese Thermotherapie mit der medicamentösen combinirt: Morgens heisse Abschreckungen, tagsüber Puder oder eine indifferente Salbe, Abends z. B. Einreiben einer 10 proc. Schwefelsalbe.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 24. Februar. Der «Fall Weber», über den wir im vorigen Jahrgange wiederholt zu berichten hatten, hat einen für den Urheber des aus ihm hervorgegangenen Zeitungsscandals, Professor Finkelnburg, sehr unrühmlichen Ausgang genommen. Der mit der Untersuchung des Sachverhaltes beauftragte Landesrath Vorster hat dem Landesdirector der Rheinprovinz, Dr. Klein, ausführlichen Bericht erstattet, welcher zu dem Schluss kommt, dass das beigebrachte Material nicht geeignet sei, den Nachweis dafür zu liefern, dass die Anstaltsärzte sich in Beurtheilung des Geisteszustandes des etc. Weber geirrt haben, geschweige denn, dass ihnen eine schuldbare Mitwirkung an einer «widerrechtlichen Internirung eines geistig Gesunden» zur Last zu legen wäre. Diesem Bericht liegt eine kurze gutachtliche Aeusserung des Dr. Oebeke vom 9. Januar 1896 bei, welche vom psychiatrischen Standpunkt dasselbe Urtheil fällt. Ferner hat der erste Staatsanwalt in Coblenz an den hauptsächlich angegriffenen Director der Provinzial-Irrenanstalt in Andernach, Dr. Nötel, folgendes Schreiben gerichtet:

Coblenz, 29. Januar 1896.

Euer Hochwohlgeboren beehre ich mich ganz ergebenst mitzutheilen, dass die angestellten Ermittelungen nicht den mindesten Anhalt dafür ergeben haben, dass der Kaufmann Josef Weber aus Euskirchen widerrechtlich in die Provinzial-Irrenanstalt zu Andernach verbracht oder dort zurückbehalten worden wäre, oder dass eine andere strafbare Handlung vorliege.

Der Erste Staatsanwalt: Schumacher.

Dass man in Zukunft aufhören wird, überall da, wo es gilt, die ärztliche Irrenpflege herabzusetzen, Herrn Finkelnburg als Autorität zu citiren, wagen wir trotz alledem nicht zu hoffen.

— Die Aerztekammer für Brandenburg-Berlin tritt am 28. d. M. zu einer Sitzung zusammen. Zunächst findet, nach Anordnung des Herrn Oberpräsidenten, die Wahl eines Mitgliedes und Stellvertreters für den Aerztekammer-Ausschuss statt. Weiter stehen auf der Tagesordnung zwei Ausschussanträge, von denen der eine die Gestaltung der Aerztekammern auf gesetzlicher Grundlage fordert und dabei namentlich die Fragen der Erweiterung der Disciplinargewalt und des Besteuerungsrechtes in's Auge gefasst sehen will, der andere die Abgabe ärztlicher Gutachten für Reclamezwecke als unstatthaft erklärt. Zu dem ersteren beantragt der Vorstand, in der Erwägung, dass die Wahlperiode der Kammer zu Ende geht, von einer Beschlussfassung Abstand zu nehmen, diese vielmehr der nächsten Kammer zu überlassen. Endlich soll über den vielumstrittenen Vertrag mit der landwirthschaftlichen Berufsgenossenschaft verhandelt werden. Der Vorstand beantragt, den bestehenden Vertrag zu kündigen und einen neuen abzuschliessen, für den nach den Vorverhandlungen der Commission, günstigere Bedingungen — Vereinfachung des Formulars, Erhöhung der Honorarsätze — in Aussicht stehen. (Berl. klin. W.)

— Der Geschäftsausschuss des Aerztevereinsbundes hat auf die Tagesordnung des, wie schon berichtet, am 26. u. 27. Juni in Nürnberg stattfindenden Aerztetages vorläufig folgende Verhandlungsgegenstände gesetzt: «Die neue Organisation des ärztlichen Standes im Königreich Sachsen auf Grund des obligatorischen Beitritts zu den Bezirksvereinen, und deren Bedeutung»; ferner «Der Erlass des k. preuss. Handelsministers betr. den Abschluss von Verträgen der Krankenkassen mit ärztlichen Vereinen in Bezug auf den Beschluss des XXIII. deutschen Aerztetages». Referenten sind für ersteren Gegenstand Heinze, für letzteren Eulenburg. Sollten sich der Abhaltung des Aerztetages in Nürnberg örtliche Schwierigkeiten entgegenstellen, so wird derselbe in Freiburg i. B stattfinden.

— Dr. Kappeler, der durch seine hervorragende chirurgische wie literarische Thätigkeit bekannte Leiter des thurgauischen Cantonspitals in Münsterlingen folgt einem Ruf an das Krankenhaus in Konstanz. An seine Stelle tritt der Privatdocent der Chirurgie in Zürich Dr. Konrad Brunner.

— Die österreichische otologische Gesellschaft in Wien veranstaltet am 28. und 29. Juni l. J. einen Otologentag, zu welchem alle deutschen Ohrenärzte geladen werden.

— Der 2. internationale Congress für Gynäkologie und Geburtshilfe findet in der ersten Septemberwoche d. J. in Genf statt.

— Im Verlag von F. Enke in Stuttgart erschien soeben das 1. Heft eines «Archiv für Unfallheilkunde, Gewerbehygiene und Gewerbekrankheiten. Herausgeber sind Baehr-Hannover, Golebiewski-Berlin, Brunner-Triest, Bueler-Bonn und Pietrzikowski-Prag. Das Archiv erscheint in zwanglosen Heften von circa 10 Bogen. Preis des Heftes Mk. 5.—.

— Von deutschen Städten über 40000 Einwohner hatten in der 6. Jahreswoche, vom 2. bis 8. Februar 1896, die grösste Sterblichkeit Bonn mit 32,3, die geringste Sterblichkeit Rostock mit 6,2 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Kassel und Mülhausen i.E.; an Diphtherie und Croup in Darmstadt, Dessau, Gera, M.-Gladbach, Magdeburg, Zwickau.

— Frequenz der Schweizer medicin. Facultäten im W. S. 1895/96: Basel 148 männliche, 3 weibliche; Bern 162 m., 41 w.; Genf 167 m., 74 w.; Lausanne 91 m., 9 w.; Zürich 215 m., 94 w. In Summa 1004 Studirende, 783 m. und 221 w., darunter 623 (607 + 16) Schweizer.

(Universitätsnachrichten.) **Freiburg i./B.** Professor Baumann hat den an ihn ergangenen Ruf als Nachfolger von Hoppe-Seyler in Strassburg abgelehnt. — **Heidelberg.** Stabsarzt Dr. med. Passow, Assistent an der Charitéabtheilung für Ohrenkranke unter Professor Trautmann, ist als ausserordentlicher Professor an die Universität Heidelberg berufen worden. Er übernimmt bei dieser den durch Professor Salomon Moos' Tod erledigten Lehrstuhl der Ohrenheilkunde.

(Berichtigung.) In dem Artikel des Herrn Privatdocenten Dr. Seitz: II. Bericht der Serumcommission der ärztlichen Vereine Münchens sind durch ein Versehen der Druckerei folgende Druckfehler uncorrigirt geblieben: pag. 149 Spalte 1, Zeile 6 v. o. lies: 11.76 und 13.18 Proc. statt mit; p. 149 Sp. 1, Z. 25 v. o.: über 200 Fälle statt 900; p. 149 Sp. 2, Z. 25 v. o.: 4 Fälle statt 15; p. 149 Sp. 2, Z. 15 v. u.: Ausbreitung statt Ausheilung; p. 149 Sp. 2, Z. 14 v. u.: stärker statt sticker; p. 149 Sp. 2, Z. 12 v. u.: Wiederholung statt Wiederkehr; p. 150 Sp 1, Z. 17 v. o.: am Stamme statt am Steisse; p. 150 Sp. 1, Z. 12 v. u.: Bronchopneumonie lob. sub. et inf. d. statt erst durch die; p. 150 Sp. 2, Z. 14 v. o.: speciell statt resp.

Ferner ist auf Seite 156 Sp. 1, Z. 40 v. o. statt Mitgliederzahl zu lesen: Mitgliederzahlungen.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Hans Spörl, approb. 1895, in Neumarkt i.Obpf.

Versetzt: Der Assistenzarzt 1. Classe Dr. Hartmann vom 13. Inf.-Reg. zum 7. Inf.-Reg. — Der Assistenzarzt 2. Classe Dr. Gustav Knoll (I. München) in den Friedensstand des 13. Inf.-Reg.

Befördert im Beurlaubtenstande: Zu Assistenzärzten 2. Classe in der Reserve die Unterärzte Joseph Dambleff (Landau), — Dr. Werner Rosenthal (Erlangen), — Franz Deutschländer — und Dr. Heinrich Glaser (I. München), — Adam Lotzemer (Würzburg), — Dr. Robert Moser, — Julius Gotthardt — und Dr. Gustav Knoll (I. München), — Dr. August Feil (Ludwigshafen), — Oskar Friede (I. München), — Dr. Hermann Liebstädter (Würzburg), — Dr. Richard Pasquay — und Dr. Rudolf Exner (I. München), — Heinrich Scharff (Hof), — Maximilian Joachim — und Dr. Karl Maul (Würzburg); — in der Landwehr 1. Aufgebots den Unterarzt Johann Müller (Augsburg).

Abschied bewilligt: dem Stabsarzt der Landwehr 1. Aufgebots Dr. Siegfried Egger (Passau) mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform mit den für Verabschiedete vorgeschriebenen Abzeichen.

Erledigt: Die Stelle des k. Directors der Kreisirrenanstalt Werneck.

Gestorben: Medicinalrath Dr. Anton Dressler, 81 Jahre alt, Bezirksarzt a. D. zu Würzburg. — Dr. Max Hubrich, 59 Jahre alt, Director der Kreisirrenanstalt Werneck.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München.

in der 7. **Jahreswoche** vom 9. bis 15. Februar 1896.

Betheil. Aerzte 400. — Brechdurchfall 10 (14), Diphtherie, Croup 58 (59), Erysipelas 13 (26), Intermittens, Neuralgia interm. 3 (1), Kindbettfieber 1 (1), Meningitis cerebrospin. — (2), Morbilli 86 (84), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 3 (6), Parotitis epidemica 11 (19), Pneumonia crouposa 26 (25), Pyaemie, Septicaemie — (—), Rheumatismus art. ac. 41 (50), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 27 (43), Tussis convulsiva 18 (14), Typhus abdominalis 2 (-), Varicellen 19 (26), Variola, Variolois — (—). Summa 318 (370). Medicinalrath Dr. Aub.

Uebersicht der Sterbefälle in München.

während der 7. Jahreswoche vom 9. bis 15. Februar 1896.

Bevölkerungszahl: 406 000.

Todesursachen: Masern 7 (7*), Scharlach 4 (1), Diphtherie und Croup 6 (4), Rothlauf — (—), Kindbettfieber — (—), Blutvergiftung (Pyämie) — (—), Brechdurchfall 3 (1), Unterleibstyphus 1 (—), Keuchhusten 3 (2), Croupöse Lungenentzündung 5 (3), Tuberculose a) der Lungen 20 (20), b) der übrigen Organe 6 (7), Acuter Gelenkrheumatismus — (1), andere übertragbare Krankheiten 3 (2), Unglücksfälle 1 (2), Selbstmord 1 (1), Tod durch fremde Hand 3 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 193 (166), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im allgemeinen 25,4 (21,3), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 18,2 (12,7), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 15,0 (9,6).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der E. Mühlthaler'schen k. Hof-Buchdruckerei in München.